

КЪ ВОПРОСУ  
ОБЪ  
**ОПЕРАТИВНОМЪ ЛѢЧЕНІИ**  
**ВЫПАДЕНІЯ МАТКИ.**

ДИССЕРТАЦІЯ  
НА СТЕПЕНЬ  
ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ  
ВРАЧА  
**Арнольда Августовича Христіани.**

ОППОНЕНТЫ:  
Проф. д-ръ **А. А. Муратовъ.** — Проф. д-ръ **В. Г. Цеге фонъ Мантейфель.** —  
Проф. д-ръ **К. К. Дерго.**



**Юрьевъ.**  
Печатано въ типографіи К. Маттисена.  
1900.

Печатано съ разрѣшенія Медицинскаго факультета  
ИМПЕРАТОРСКАГО Юрьевскаго Университета.

Юрьевъ, 10 мая 1900 г.  
№ 612.

Деканъ В. Курчинскій.

# Матери мосѣ

и воспитательницѣ

Госпожѣ фонъ Шейнфогель.

2  
Терзубинскій  
Родина

154 938

Всѣмъ моимъ учителямъ, профессорамъ Юрьевскаго университета, которымъ я обязанъ своимъ медицинскимъ образованіемъ, приношу мою глубокую благодарность.

Особенной благодарностью за свое гинекологическое образование обязанъ я профессорамъ Küstner'у и А. П. Губареву, ассистентомъ которыхъ я имѣлъ честь состоять.

Считаю также своимъ пріятнымъ долгомъ выразить искреннюю благодарность профессору А. А. Муратову за цѣнныя указанія при составленіи настоящей работы.

Въ 1886 году, на съѣздѣ естествоиспытателей въ Брауншвейгѣ, *Cohn*<sup>1)</sup> читалъ докладъ о 105 случаяхъ выпаденія женскихъ половыхъ органовъ. Докладъ этотъ начинается слѣдующими словами: „Къ законченнымъ отдѣламъ гинекологіи принадлежитъ ученіе о выпаденіяхъ влагалища и матки и объ оперативномъ лѣченіи этихъ болѣзненныхъ состояній“. Поводомъ для такого утвержденія послужили ему результаты послѣоперационнаго наблюденія упомянутыхъ 105 случаевъ, оперированныхъ въ Берлинской университетской клиникѣ за 82—86 года, — результаты, лучше которыхъ, по его мнѣнію, нельзя ожидать. Они дали 56,6% излѣченія. Въ этомъ выводѣ выпаденія матки рассматриваются вмѣстѣ съ случаями выпаденія одного влагалища. Замѣтимъ мимоходомъ, что для первыхъ въ отдѣльности число излѣченій было, повидимому, значительно ниже, такъ какъ изъ 10 случаевъ полного выпаденія матки, которые *Cohn* отдѣльно приводитъ, излѣченіе получено только въ 4 случаяхъ, что представляетъ всего 33%. Примѣнена была операція *Simon*<sup>2)</sup> - *Hegar*'a<sup>3)</sup>, *Colporrhaphia anterior*, *Colpoperineorrhaphia* и ампутація влагалищной части матки. То обстоятельство, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ *Colpoperineorrhaphia* была произведена по способу *Martin*'a<sup>4)</sup>, не имѣетъ большого значенія, такъ какъ эта послѣдняя операція, какъ извѣстно, представляетъ лишь незначительную модификацію *Hegar*'овской пластической операціи.

Хотя докладъ Cohn'a относится еще къ тому времени, когда, вслѣдствіе недостаточнаго или ужъ слишкомъ щедраго примѣненія антисептическихъ средствъ, операція часто давала плохіе непосредственные результаты, сильно понижающіе процентъ полныхъ излѣченій, однако выраженіе его относительно операцій суживающихъ влагалище имѣетъ силу и въ настоящее время. Съ введеніемъ асептики, имѣвшей большое значеніе и для пластическихъ операцій, первичные результаты улучшились: 70% неудачныхъ операцій Cohn'a Kiemer<sup>5)</sup>, Asch<sup>6)</sup>, Humpf<sup>8)</sup> противопоставляютъ только 5%. Но число излѣченій у большинства гинекологовъ относительно уменьшилось, такъ какъ осталось тѣмъ-же самымъ. Такъ, Fehling<sup>7)</sup> сообщаетъ въ 1897 году изъ клиники въ Halle о 61,8% излѣченій; Meiner<sup>9)</sup> въ томъ-же году пишетъ изъ Greifswald'a даже только о 52%; французы Bonilly<sup>17)</sup> и Jacobs<sup>18)</sup> при „классическихъ“ операціяхъ выпаденія отмѣчаютъ еще 30% рецидивовъ; Münchmeyer<sup>11)</sup> изъ клиники Leopold'a сообщаетъ о лучшихъ результатахъ: Hegar'овскій методъ далъ 82,5% излѣченій. Самые лучшіе результаты даетъ этотъ методъ, повидимому, все еще въ рукахъ самого автора. Уже въ 1880 году Dorff<sup>12)</sup> при своихъ послѣоперационныхъ изслѣдованіяхъ могъ констатировать 84% излѣченій. Sonntag<sup>13)</sup>, публикуя оперативные случаи Freiburg'ской клиники за тотъ-же періодъ времени, какъ и выше названный Берлинскій матеріалъ, насчитываетъ даже 89% излѣченій. Изъ числа же оперированныхъ, доставившихъ о себѣ письменныя свѣдѣнія, но не явившихся въ клинику для изслѣдованія, оказались здоровыми 92%. Самъ-же Hegar<sup>14)</sup> въ новѣйшемъ изданіи своего руководства къ оперативной гинекологіи утверждаетъ, что онъ уже больше почти не имѣетъ неудачныхъ исходовъ.

Новѣйшими статистическими данными Gareiner'a<sup>15)</sup>, изъ Prag'ской клиники, и Westermarck'a<sup>16)</sup> — относительно результатовъ большинства шведскихъ хирурговъ, —

къ сожалѣнію, я не могу здѣсь воспользоваться; хотя большая часть матеріала оперирована по методамъ суженія влагалища и особенно по методу Simon-Hegar'a, но въ этихъ данныхъ случаи выпаденія влагалища и выпаденія матки не разграничены.

Итакъ, почти всѣ гинекологи, производившіе, съ цѣлью устраненія выпаденій, операціи только надъ влагалищемъ, съ ампутаціей шейки или безъ такового, получали весьма неудовлетворительные результаты; и только одна Freiburg'-ская клиника говоритъ о блестящихъ исходахъ. Что касается Münchmeyer'овскихъ цифровыхъ данныхъ, то они не даютъ намъ ясной картины результатовъ, получаемыхъ Leopold'омъ при лѣченіи выпаденій. Наиболѣе трудные случаи выпаденій, которые именно и даютъ возможность правильно судить о пригодности того или иного способа, были, какъ это можно видѣть изъ сообщенія Wolff'a<sup>19)</sup>, оперированы по другимъ методамъ. Поэтому и относительно благопріятный результатъ, — лишь 17,5% рецидивовъ, — слѣдуетъ отнести главнымъ образомъ насчетъ выпаденій влагалища съ незначительнымъ опущеніемъ матки или безъ такового.

Такимъ образомъ, результаты Hegar'a рѣзко отличаются отъ результатовъ, получаемыхъ всѣми другими операторами. Позднѣе я еще буду имѣть случаи возвратиться къ этому противорѣчію; теперь же позволю себѣ отмѣтить слѣдующее. Hegar примѣняетъ свою операцію къ каждому, даже и незначительному опущенію стѣнокъ влагалища, по возможности, тотчасъ по наступленіи болѣзненнаго явленія; такимъ образомъ, большинство опубликованныхъ Dorff'омъ и Sonntag'омъ случаевъ представляетъ начальныя стадіи выпаденія лишь съ незначительнымъ перемѣщеніемъ матки. А если, напр., исключить изъ статистики Sonntag'a случаи дѣйствительнаго выпаденія матки, то окажется, что и самъ Hegar получаетъ для нихъ лишь 80% излѣченій. Далѣе, слѣдуетъ обратить вниманіе на

то, что и Hegar своими результатами, повидимому, не такъ ужъ доволенъ, какъ онъ въ этомъ хотѣлъ бы насъ увѣрить: изъ диссертациі Bräutleht'a<sup>20)</sup> видно, что за послѣднее время Hegar примѣнялъ и другіе методы, и именно методы фиксаціи матки.

Вполнѣ понятно, что такіе результаты не могли удовлетворить гинекологовъ. Тѣ изъ нихъ, которые и по настоящее время держатся той точки зрѣнія, что суженіе влагалища съ ампутаціей влагалищной части матки или безъ нея представляетъ единственно примѣнимую въ подобныхъ случаяхъ операцію, пытались достигнуть цѣли, т. е. лучшихъ результатовъ, при помощи всевозможнѣйшихъ модификацій способа. То шовъ, то фигура освѣженія, то передняя или задняя стѣнка влагалища или septum recto-vaginale служили предметомъ особаго вниманія. Lawson Tait<sup>21)</sup> изобрѣлъ свой лоскутный методъ, и этотъ методъ, введенный Säger'омъ въ Германіи и тотчасъ-же модифицированный, получилъ довольно широкое распространеніе. Lawson Tait въ своей операціи обращаетъ главное вниманіе на образованіе крѣпкой промежности, не касаясь въ остальномъ тазоваго дна и не резецируя излишней слизистой оболочки; Säger<sup>22)</sup> и Fritsch<sup>23)</sup> расширили операцію, распространяя освѣженіе по образованію лоскута далеко въ полость влагалища и резецируя излишекъ слизистой оболочки. Frank<sup>24)</sup> не резецируетъ влагалищнаго лоскута, а образуетъ изъ него крѣпкую columna, соединяя его поперечно. Gelbke<sup>25)</sup> старается получить сильный перегибъ влагалища впереди посредствомъ особаго направленія разрѣза и шва. Губаревъ<sup>26)</sup>, справедливо оцѣнивая важность мышцы поднимающей задній проходъ для запирающаго влагалище аппарата, обращаетъ вниманіе на точное соединеніе ея; Säger<sup>27)</sup> въ 1897 году уже во 2-ой разъ энергично выступаетъ на защиту своего метода, — возможно высокаго расщепленія влагалищнаго лоскута. Въ томъ же сообщеніи въ Centralblatt für Gynäkologie Säger хвалитъ аккуратное исправленіе cystocele, при которомъ онъ, удерживая

живая Simon'овскую фигуру освѣженія, пришиваетъ пузырь глубокими захватывающими мышечный слой швами, чѣмъ надѣется вызвать заустѣваніе cystocele. Fehling<sup>28)</sup> еще за много лѣтъ передъ тѣмъ надѣялся предупредить рецидивъ, сохраняя columna и производя двойное освѣженіе по обѣимъ сторонамъ ея. Въ послѣднее время Marsi<sup>29)</sup> и Theilhaber<sup>30)</sup> перенесли центръ тяжести операціи выпаденія на Colporrhaphia anterior. Marsi, подобно тому какъ это дѣлаетъ Frank съ columna posterior, старается увеличить передній влагалищный валикъ посредствомъ сшиванія влагалищной стѣнки, а Theilhaber — тѣмъ, что распространяетъ фигуру освѣженія боковыхъ стѣнокъ влагалища до паравагинальной ткани. Lawson Tait<sup>31)</sup> модифицируетъ уже ранѣе предположенный Tuffier<sup>32)</sup> и Dumoret<sup>32)</sup> способъ прикрѣпленія пузыря къ брюшинному покрову передней брюшной стѣнки, — онъ прикрѣпляетъ брюшинный лоскутъ, остающійся въ связи съ symphysis pubis и заключающій въ себѣ urachus и lg. vesicalia lateralia, къ задней стѣнкѣ пузыря. Наконецъ, Amand Routh<sup>33)</sup> предлагаетъ отодвинуть пузырь отъ удлинненной шейки матки вверхъ и тамъ укрѣпить швами.

Возвращались и къ старымъ методамъ удержанія выпавшаго органа посредствомъ суженія влагалища. Такъ, Zweifel<sup>34)</sup>, Martin<sup>35)</sup> и другіе операторы пробовали Colporrhaphia mediana по Neugebauer-Le Fort'y, съ различными результатами. Ott<sup>36)</sup>, напр., пишетъ въ 1891 году, что онъ получилъ очень плохіе результаты. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ Freund junior<sup>37)</sup> предложилъ свою операцію циркулярнаго суженія влагалища, которая, собственно, не представляетъ новаго способа, а лишь освѣжаетъ въ памяти, по справедливому выраженію Schramm'a<sup>39)</sup>, старую Bellini'евскую<sup>38)</sup> Colpodermorrhaphi'ю. Какъ и у старыхъ авторовъ, методъ этотъ далъ плохіе результаты въ рукахъ Gaertig'a<sup>40)</sup> Flatau, Mathaei и Staude<sup>41)</sup>, такъ что онъ и снова будетъ по достоинству преданъ забвенію. Губаревъ<sup>42)</sup> опубликовалъ въ 1896 году подобный

же способъ, по которому на передней и задней стѣнкѣ влагалища образуется два валина, должныствующіе оттянуть матку кверху. Абражановъ<sup>43)</sup> пробовалъ подобнымъ же образомъ задержать выпадающую матку посредствомъ суженія верхней части влагалища, но для этой цѣли онъ освѣжалъ на передней и задней стѣнкѣ, равно какъ и на боковыхъ поверхностяхъ влагалища, по четырехугольнику, которые затѣмъ онъ зашивалъ и т. обр. суживалъ влагалище. Наконецъ, слѣдуетъ еще упомянуть, что въ самое послѣднее время французъ Pollet<sup>44)</sup> пробуетъ задержать выпаденіе помощью сильнаго круговаго суженія влагалища въ формѣ рубцоваго кольца, образуемаго изъ переднихъ пучковъ *musculi levatoris ani*, который онъ называетъ *levator ani et vaginae*, разумѣя подъ этимъ именемъ, повидимому, *sphincter vaginae Luschka*. P. Müller<sup>45)</sup> пользуется самой маткой для закрытія влагалищнаго отверстія, причемъ онъ резецируетъ слизистую оболочку влагалища на обширномъ пространствѣ, погружаетъ ретрофлексированную матку въ образованный дефектъ и закрываетъ остающееся воронкообразное углубленіе глубокими и поверхностными швами.

Отсюда, при полной безполезности перечисленныхъ методовъ, недалеко уже было до полной экстирпаціи матки съ обширной резекціей влагалища. Послѣ того какъ Kaltenbach<sup>46)</sup> въ 1880 г. произвелъ полную экстирпацію изъ-за выпаденія, Fritsch<sup>47)</sup> и Martin<sup>48)</sup> вступили на этотъ путь. Quérin<sup>49)</sup> пошелъ еще дальше и соединилъ швами *lig. lata* съ влагалищемъ. Наконецъ Gottschalk<sup>50)</sup> произвелъ свою въ высшей степени сложную операцію, чтобы застраховать себя отъ рецидива. Въдѣ, даже и полная экстирпація даетъ неудовлетворительные результаты въ 26<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; къ этому присоединяется еще значительная смертность (8,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Rauhut;<sup>52)</sup> 6,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Schlatter<sup>53)</sup>).

Итакъ, мы видимъ, что все направленныя противъ выпаденія матки операціи, стремящіяся достигнуть цѣли путемъ суженія влагалища или половой щели, даютъ со-

вѣтъ не идеальные результаты, и что даже удаленіе выпадающаго органа влечетъ за собою едва-ли лучшія послѣдствія, причемъ и опасность *quo ad vitam* чрезвычайно усиливается.

Стоитъ вспомнить, что все названные методы совершенно оставляютъ безъ вниманія самую матку, и тогда не удивительно будетъ, что они даютъ плохіе результаты. Уже Kleinwächter<sup>54)</sup> совершенно справедливо замѣчаетъ, что матка, находящаяся въ ненормальномъ положеніи выпяченнаго мѣста, дѣйствуетъ на послѣднее какъ клинъ, стремясь его расширить. Дѣйствующей силой при этомъ является внутрибрюшное давленіе, и это послѣднее у рабочаго класса, къ каковому и принадлежитъ большинство женщинъ, страдающихъ выпаденіемъ половыхъ органовъ, слишкомъ часто и весьма значительно повышается. Говоря о неправильномъ, патологическомъ положеніи матки, я разумѣю *retroversi*ю, при которой матка дѣйствуетъ какъ клинъ, тогда какъ при физиологической *anteflexio-versi*и брюшное давленіе дѣйствуетъ на заднюю поверхность матки, вслѣдствіе чего тупой уголъ, образуемый между маткой и влагалищемъ, уменьшается, и это явленіе скорѣе предохраняетъ отъ выпаденія, чѣмъ способствуетъ ему. Правда, при извѣстныхъ условіяхъ матка даже и въ положеніи *anteflexi*и можетъ выпадать, --- это фактъ извѣстный, и къ нему мы еще возвратимся позднѣе.

На сколько я могу судить по доступной мнѣ литературѣ, перемѣщеніе матки кзади повсюду разсматривается какъ благопріятный для выпаденія моментъ. Воззрѣніе Seyfert'a и Aveling'a<sup>55)</sup>, что искусственная *retroflexio-versi*я можетъ излѣчить выпаденіе, конечно, слѣдуетъ считать опровергнутымъ. Но мысль, что выпаденіе почти безъ исключеній является лишь послѣдующей стадіей такого ненормальнаго положенія, какъ это доказалъ Schultze<sup>56)</sup>, далеко еще не сдѣлалась общимъ достояніемъ гинекологовъ. Напротивъ, какъ это можно видѣть изъ нашихъ гинеколо-

гическихъ руководствъ, первичному выпаденію матки отводится лишь второстепенное мѣсто, и громадное большинство случаевъ выпаденія сводится къ стягиванію матки внизъ первично выпавшей передней стѣнкой влагалища, или же, какъ недавно заявили Winter<sup>57)</sup>, Theilhaber<sup>58)</sup> и Arx<sup>59)</sup>, первично образовавшимся cystocele.

Взглядъ, что разбираемое болѣзненное явленіе происходитъ вслѣдствіе стягиванія матки внизъ передней стѣнкой влагалища, основывается главнымъ образомъ на томъ фактѣ, что въ значительно бѣльшей части случаевъ выпаденіе матки наступаетъ послѣ родовъ, причемъ прежде всего обнаруживается передняя стѣнка влагалища. По мнѣнію Fritsch'a<sup>60)</sup>, — а оно лишь въ несущественныхъ подробностяхъ отличается отъ взгляда Kaltenbach'a<sup>51)</sup>, Hegar'a<sup>61)</sup>, Veit'a<sup>62)</sup>, Славянскаго<sup>63)</sup>, — выпаденіе развивается слѣдующимъ образомъ. Во время родового акта передняя стѣнка влагалища и portio Vaginalis uteri оттягиваются впередъ, и вслѣдствіе этого влагалище укорачивается. Всѣ связи передней стѣнки съ сосѣдними тканями разрыхляются. Вслѣдствіе сильнаго растяженія во время родовъ levator ani расслабляется или даже дѣло доходитъ до разрыва промежности, вслѣдствіе чего передняя стѣнка влагалища лишается опоры, влагалище свѣшивается свободно въ introitus vaginae. Наступаетъ застой, гиперемія и гипертрофія стѣнки, послѣдняя становится тяжелѣе, опускается все болѣе и болѣе внизъ и наконецъ тянетъ за собою матку. Подобно нижней части влагалища, можетъ, при извѣстныхъ обстоятельствахъ, первично опуститься и верхняя часть. Далѣе, если инволюція матки и поддерживающей ее брюшины идетъ какъ слѣдуетъ, если влагалище снова становится ригиднымъ и крѣпкимъ, стягивается и удлиняется, то portio vaginalis uteri снова поднимается вверхъ, и передняя стѣнка влагалища становится упругой.

Этому такъ называемому вторичному выпаденію матки названные авторы противопоставляютъ первичное выпаденіе,

происходящее вслѣдствіе недостаточности брюшинныхъ поддерживающихъ органовъ связокъ. Относительно этого послѣдняго болѣзненнаго явленія Hegar<sup>64)</sup> говоритъ, что наблюдать его только у нерожавшихъ. Для діагностики этого болѣзненнаго явленія характерна инверзія влагалища или образование незначительнаго Cystocele (Winter)<sup>65)</sup>, безъ гипертрофій и удлиненія шейки.

Но возвратимся къ вышеприведенному представленію о происхожденіи вторичнаго выпаденія матки. Оно производитъ такое впечатлѣніе, что Fritsch какъ будто склоненъ раздѣлять старинное воззрѣніе Leuret<sup>66)</sup>, Chiari<sup>67)</sup> и Kiwisch'a<sup>68)</sup>, по которому влагалище поддерживаетъ матку. Уже болѣе 50 лѣтъ тому назадъ Virchow<sup>69)</sup> совершенно отклонилъ такое воззрѣніе. Онъ ставитъ вопросъ: „На столько-ли плотно влагалище, чтобы, будучи поставлено вертикально, оно могло удержать приданное ему положеніе?“ и далѣе говоритъ: „Если влагалище само нуждается въ поддерживающихъ соединеніяхъ, то тоже самое имѣетъ мѣсто и относительно матки“. Такъ оно и есть въ дѣйствительности. Влагалище только въ самомъ нижнемъ отдѣлѣ спереди довольно крѣпко соединено съ symphysis pubis посредствомъ septum urethro-vaginale; кверху-же оно повсюду соединено съ окружающими органами лишь рыхлой соединительной тканью и только съ portio vaginalis uteri оно снова вступаетъ въ плотное соединеніе. Такимъ образомъ, именно матка и держитъ влагалище въ его нормальномъ положеніи, и за опущеніемъ матки должно слѣдовать опущеніе влагалища. Изолированныя опущенія передней или задней стѣнки влагалища принадлежатъ къ ежедневнымъ діагнозамъ гинеколога, и этому патологическому явленію почти во всѣхъ руководствахъ отведены особые главы. Оно развивается послѣ родовъ, съ одной стороны вслѣдствіе разрыхленія связи влагалища съ symphysis pubis, съ другой — вслѣдствіе растяженія вульвы или разрыва промежности. Передняя стѣнка лишается своей поддержки, опускается въ introitus vaginae и наконецъ выпадаетъ



наружу. При выпадении образуется *cystocele*, слизистая оболочка влагалища становится отечной и может даже гипертрофироваться. Но *portio vaginalis uteri* стоит высоко сзади, матка остается в своем нормальном *anteversio-flexio*. И такое состояние держится целые годы, не причиняя пациентке особенно больших затруднений и не вызывая выпадения матки. И только вследствие последующих причин, — напр., продолжительной болѣзни, а особенно часто, какъ это справедливо замѣчаетъ Veit<sup>70</sup>), по наступлении менопаузы, — вдругъ образуется полное выпадение матки. Позднѣе мы еще вернемся къ этому. Если точнѣе изслѣдовать такіе случаи, то мы найдемъ въ нихъ, кромѣ нормальнаго положенія матки, обыкновенно также и совершенно неповрежденный, хорошо сокращающійся *levator ani*; здѣсь будутъ только большей или меньшей величины кожные надрывы промежности resp. болѣе или менѣе сильное растяжение *constrictoris cunni*, безъ значительныхъ надрывовъ *levatoris ani*. Извѣстно, что именно при полныхъ разрывахъ промежности выпадение наблюдается крайне рѣдко. Küstner<sup>71</sup>), Славянскій<sup>72</sup>) и др. объясняютъ это тѣмъ, что образующійся упругій рубецъ даетъ маткѣ достаточную опору. Однако, мнѣ кажется, не слѣдуетъ упускать изъ виду, что при извѣстной этиологіи — *ruptura perinei completa*, быстрые роды, ягодичныя положенія, — поврежденія *levatoris ani* отъ продолжительнаго давленія на него подлежащей части (что можетъ случиться, напр., и при слишкомъ энергичной защитѣ промежности) не такъ значительны, и тонусъ его можетъ остаться совершенно незатронутымъ, — фактъ этотъ, по моему мнѣнію, имѣетъ принципиальную важность.

Что при извѣстныхъ обстоятельствахъ, какъ это особенно подчеркиваетъ Küstner въ руководствѣ Veit'a, постоянно увеличивающееся *cystocele* будетъ тянуть матку внизъ и послѣдняя можетъ выпасть, — это само собою понятно.

Если мы видимъ, что съ одной стороны, не смотря на

выпаденіе передней стѣнки влагалища, при нормальномъ положеніи матки выпаденія послѣдней не происходитъ, съ другой, — что при *prolapsus uteri* матка постоянно оказывается въ положеніи ретроверсии (Schültze, Küstner<sup>71</sup>), Schauta<sup>73</sup>), Winter, Lehr<sup>74</sup>), Winkel<sup>75</sup>)), то вполне позволительно заключить, что выпаденіе матки находится въ причинной связи съ ея отклоненіемъ кзади. Schültze<sup>78</sup>) первый установилъ эту связь, а Küstner снова указалъ на то, что отклоненіе матки кзади представляетъ первую стадію выпаденія ея. Ясное изложеніе Küstner'a въ руководствѣ Veit'a<sup>70</sup>), подкрѣпленное позднѣе стереоскопическими изображениями, не оставляетъ мѣста сомнѣнію въ томъ, что существуетъ, за немногими исключеніями, только одинъ путь образованія выпаденій матки, именно путь первичнаго отклоненія названнаго органа кзади. Выпаденія у нерожавшихъ происходятъ тѣмъ-же путемъ, какъ и у много-родящихъ или у роженицъ. Въ однихъ случаяхъ мы получаемъ гипертрофію шейки, сильный отекъ и даже гипертрофію влагалищной стѣнки; въ другихъ случаяхъ инвертированное влагалище сохраняетъ свою нормальную консистенцію; такое различіе зависитъ отъ состоянія, въ какомъ выпаденіе матки застигаетъ влагалище. Гипертрофія шейки есть явленіе застоя, сильное увеличеніе матки есть слѣдствіе нарушенія кровообращенія. Мы наблюдаемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ и дѣйствительно вытянутую шейку, именно послѣ оперативнаго подвѣшиванія матки. Но въ такихъ случаяхъ, какъ справедливо замѣчаетъ Ott<sup>76</sup>), вытянутая шейка бываетъ въ толщину карандаша приблизительно и не представляетъ ничего общаго съ длинной застойной шейкой, имѣющей въ толщину до нѣсколькихъ сантиметровъ. Естественнымъ является вопросъ, недавно снова поставленный Theilhaber'омъ<sup>77</sup>): почему, при поразительной частотѣ отклоненій матки кзади, выпаденіе наблюдается сравнительно рѣдко? По статистическимъ даннымъ клиники Schröder'a Theilhaber вычисляетъ, что на 10

случаевъ *retroflexio-versi* приходится одно выпаденіе. Не говоря уже о томъ, что известная часть случаевъ отклоненія матки кзади излѣчивается прежде чѣмъ дѣло дойдетъ до выпаденія, слѣдуетъ замѣтить, что этиологія этихъ двухъ болѣзненныхъ явленій не вполне совпадаетъ. Изъ пяти приведенныхъ Schültze<sup>78)</sup> этиологическихъ моментовъ для развитія ретрофлексіи только одинъ имѣетъ значеніе для выпаденія, — расслабленіе поддерживающаго матку аппарата, и при томъ не одно только это явленіе, а по большей части при одновременномъ существованіи недостаточности тазоваго дна. Ни разрывъ промежности, ни выворотъ преддверія или влагалищнаго входа, ни расслабленіе вульвы (Kehrer)<sup>79)</sup>, ни малоеклоненіе таза (Zweifel)<sup>80)</sup> не обуславливаютъ выпаденія матки при недостаточности поддерживающаго аппарата и при отклоненіи матки кзади, хотя совместное дѣйствіе этихъ условій и каждое изъ нихъ въ отдѣльности и могутъ имѣть вліяніе на развитіе разбираемаго болѣзненнаго явленія. Рѣшающее значеніе имѣетъ цѣлость и тонусъ *levatoris ani*.

Приведемъ вкратцѣ современное состояніе вопроса о томъ, что удерживаетъ матку въ ея нормальномъ положеніи. Fehling<sup>81)</sup>, до сихъ поръ считающій главной поддержкой матки верхнюю и среднюю трети влагалища, смѣшиваетъ причину со слѣдствіемъ и возвращается къ точкѣ зрѣнія Duncan'a<sup>82)</sup>. Вопросъ о вліяніи брюшины resp. широкихъ связокъ на положеніе матки можно считать рѣшеннымъ. Rouget<sup>83)</sup>, Richet<sup>84)</sup>, Luschka<sup>85)</sup> доказали въ широкихъ связкахъ присутствіе большого количества мышечныхъ волоконъ; но уже E. Martin<sup>86)</sup> отрицалъ за ними всякое вліяніе на нормальное положеніе матки. Mackenrodt<sup>87)</sup> обращаетъ вниманіе на то, что *alae vesperilionis* въ ихъ нормальномъ положеніи въ тазу горизонтально лежащей женщины направлены къ крестцу и потому скорѣе могли-бы способствовать ретроверсіи матки. Съ тѣхъ поръ какъ Rainey<sup>88)</sup> доказалъ присутствіе поперечнополосатыхъ

мышечныхъ волоконъ въ круглыхъ связкахъ, а Spiegelberg<sup>89)</sup> произвелъ свой опытъ электрическаго раздраженія круглыхъ связокъ 26 — лѣтней только-что обезглавленной женщины, причемъ эти связки сокращались и оттягивали матку кпереди, — за ними всегда признавалось нѣкоторое вліяніе на положеніе матки. Но такъ какъ онѣ проходятъ дугообразно (какъ въ этомъ можно убѣдиться при каждой лапаротоміи), то само собою понятно, что онѣ не могутъ имѣть никакого вліянія на матку въ ея нормальномъ положеніи, и только тогда вступаютъ въ дѣйствіе, когда матка приподнята и отклонена кзади, произойдетъ-ли это вслѣдствіе наполненія пузыря или какихъ-нибудь иныхъ причинъ. Уже E. Martin полагаетъ, что связки эти могутъ вліять главнымъ образомъ на беременную матку, не отрицая, впрочемъ, совершенно ихъ значенія и для матки нормальной. Lehr, Mackenrodt, Грамматикати<sup>90)</sup> не признаютъ за ними никакой роли въ нормальной антефлексіи матки и полагаютъ, что онѣ могутъ дѣйствовать только во время беременности и родовъ (Грамматикати<sup>90)</sup>). Lig. sacro-uterina или Douglas'овы складки, впервые старательно описанныя Boivin'омъ<sup>91)</sup> и затѣмъ названные Luschka'ой именемъ *musculi retractores uteri*, всегда играли нѣкоторую роль въ статикѣ матки. Уже Malgaigne<sup>92)</sup> и Henry Savage<sup>93)</sup> указали, что эти связки удерживаютъ матку на должной высотѣ, такъ какъ при опытахъ стягиванія матки внизъ онѣ сначала напрягаются и затѣмъ даже разрываются. Правда, Ziegenspeck<sup>94)</sup> изъ своихъ опытовъ, произведенныхъ имъ по предложенію Schultze, выводитъ, что мускульный аппаратъ этихъ связокъ совсѣмъ не имѣетъ значенія и что матка удерживается заложеными въ этихъ связкахъ сосудами и нервами; но его опыты не убѣдительны, такъ какъ они были произведены на трунахъ, слѣдовательно при отсутствіи мышечнаго тонуса. Присутствіе мышечныхъ волоконъ въ *retractores uteri* доказано, и весьма вѣроятнымъ является предположеніе, что они должны играть,

по крайней мѣрѣ, нѣкоторую роль въ установкѣ матки при ежедневно повторяющихся физиологическихъ смѣщеніяхъ ея. Rosthorn<sup>95)</sup> полагаетъ, что имъ можно приписывать лишь весьма ограниченное дѣйствіе, на томъ основаніи, что они не имѣютъ опредѣленно выраженныхъ точекъ прикрѣпленія ни на крестцѣ, ни у прямой кишки. Позднѣе, при обзорѣ fascia pelvina visuralis, мы увидимъ, что такія точки имѣются.

Намъ остается еще упомянуть о lig. pubo-vesico-uterinum, которое Lehr считаетъ самой дѣйствительной частью поддерживающаго аппарата матки, такъ какъ послѣ перерѣзки всѣхъ другихъ соединеній маточное рыльце можно бываетъ извлечь изъ половой щели всего только на 2 смт. (опытъ Ziegenspeck'a). Эти связки рѣшительно не имѣютъ никакого самостоятельнаго значенія, — вѣдь ихъ, на примѣръ, при каждой colpotomia anterior приходится перерѣзать, и тѣмъ не менѣе матка не измѣняетъ своего положенія.

Совсѣмъ иначе приходится разсматривать ту часть связочнаго аппарата, которая описывается подъ именемъ lg. pubo-vesicale; она не всегда можетъ быть изолирована, составляетъ часть trigonum vesicale и чрезъ него вступаетъ въ связь съ diaphragma pelvis, къ которой мы теперь перейдемъ.

Хотя уже въ 1854 году Luschka въ своей анатоміи таза описалъ основанія широкихъ связокъ, назвавъ ихъ плотными соединительнотканными тяжами, но особенное вниманіе было обращено на нихъ лишь въ послѣднее время. Поразительно, что опыты Kocks'a<sup>96)</sup>, произведенные въ 1880 г. съ цѣлью выясненія значенія этого связочнаго прибора (называемаго имъ ligamenta cardinalia) для фиксаціи матки, не обратили на себя должнаго вниманія, и только Rosthorn въ Nothnagel'евскомъ сборникѣ впервые вполне оцѣнилъ высказанную Kocks'омъ мысль, что матка поддерживается главнымъ образомъ этими связками. Связки эти, такъ называемое parametrium Virchow'a, однимъ концемъ прикрѣпляются по бокамъ таза, на другомъ переходятъ непосредственно въ ткань шейки матки. Какъ показали

изслѣдованія Freund'a<sup>97)</sup>, Waldeyer'a<sup>98)</sup>, Губарева<sup>99)</sup>, Rosthorn'a<sup>100)</sup>, эти соединительнотканые пучки представляютъ по бокамъ матки объемистыя образованія, постепенно уплощающіяся къ периферіи; ихъ подкрѣпляетъ fascia visceralis pelvis, постепенно переходящая и теряющаяся въ нихъ. Fascia visceralis pelvis, которую Waldeyer считаетъ дифференціальной частью подбрюшинной соединительной ткани, образуетъ самый верхній листокъ тазовой диафрагмы. Это не есть заворотъ отъ fascia pelvis parietalis старыхъ авторовъ (Luschka, Henle. Waldeyer тоже удерживаетъ эту номенклатуру). Rosthorn называетъ еѣ fascia diaphragmatica superior). Это — самостоятельный листокъ, который спереди прикрѣпляется къ лонному сочлененію и между послѣднимъ и пузыремъ дифференцируется какъ lg. pubo-vesicale. По бокамъ фасція, прикрѣпляясь къ arcus tendineus, вступаетъ въ связь съ fascia diaphragmatica superior (Rosthorn), сзади она на высотѣ 4-го крестцоваго позвонка прикрѣпляется къ скелету. Заднія части этой фасціи, дугообразно окружающія cavum Douglasii, образуютъ lig. sacro-uterina, въ которыхъ, какъ выше упомянуто, есть гладкія мышечныя волокна. Отъ своихъ периферическихъ точекъ прикрѣпленія фасція загибается на идущіе къ маткѣ сосуды и нервы и теряется въ ихъ влагалищахъ (Waldeyer). Это обстоятельство объясняетъ взглядъ Ziegenspeck<sup>101)</sup>-Winkel'я, будто матка поддерживается идущими къ ней сосудами. Изслѣдуя труны новорожденныхъ, Mackenrodt<sup>102)</sup> нашелъ, что отъ шейки матки идутъ шнурообразные пучки волоконъ, содержащіе также и гладкую мускулатуру, частью на стѣнки таза къ arcus tendineus, частью къ пузырю, частью вдоль влагалища къ промежности. Этотъ связочный приборъ, подкрѣпляемый гладкими мышечными волокнами, онъ называетъ lig. transversale colli и считаетъ его главнымъ поддерживающимъ аппаратомъ матки. Очевидно, дѣло идетъ о только-что описанной fascia visceralis. Фасція эта, какъ то доказали Губаревъ и Снегиревъ<sup>103)</sup>

своими инъекционными опытами, тѣсно связана съ fascia diaphragmatica superior не только посредством arcus tendineus и diaphragma urogenitale: кромѣ этого, обѣ фасции соединяются еще вѣерообразными волокнистыми пучками, проникающими въ различныхъ отдѣлахъ сквозь заложенную между ними жировую прокладку; такимъ путемъ образуется одно прочное цѣлое. Связь fascia diaphragmatica съ fascia visceralis можно прослѣдить вдоль ея прикрепленія къ крестцовой кости. Какъ я уже упомянулъ выше, fascia visceralis подкрѣпляетъ lig. cardinale, причемъ волокна фасции, оставляя свое сагиттальное направленіе, поднимаются прямо вверхъ по связкѣ, переплетаясь съ ея соединительнотканными волокнами (Waldeyer<sup>104</sup>), Nagel<sup>105</sup>); подобнымъ-же образомъ можно прослѣдить переходъ волоконъ изъ fascia diaphragmatica superior въ основанія широкихъ связокъ. Но такъ какъ fascia diaphragmatica лежитъ непосредственно на musc. levator ani, покрывая его верхнюю поверхность, то и этотъ мускулъ (какъ доказалъ Губаревъ<sup>106</sup>)) вступаетъ въ тѣсную связь съ поддерживающимъ аппаратомъ матки.

Чтобы правильно оцѣнить значеніе для замыканія женскаго тазоваго пространства мышцы поднимающей задній проходъ, необходимо обратить вниманіе на анатомическую разницу между мужскимъ и женскимъ мускуломъ. У женщины мускулъ этотъ имѣетъ форму не воронки, какъ у мужчины, а плоскаго лотка; онъ запираетъ тазовое пространство снизу вмѣстѣ съ обоими отверстиями, для прямой кишки и для влагалища (Budge<sup>107</sup>), Ziegenspeck<sup>108</sup>), Pincus<sup>109</sup>). Лоткообразная форма позволяетъ ему при своемъ сокращеніи суживать отверстия, а не расширять, какъ то имѣетъ мѣсто у мужчины. Соответственно большей работѣ, выпадающей на его долю, онъ и развитъ, какъ доказалъ Лесгафтъ<sup>110</sup>), на  $\frac{1}{4}$  сильнѣе, нежели у мужчины. Спереди снизу levator ani подкрѣпляется мускулатурой промежности; съ боковъ онъ поконтеся на значительно развитомъ жировомъ слое, выполняющемъ cavum subcutaneum pelvis.

Какъ видно изъ приведенныхъ анатомическихъ отношеній, матка своей шейкой втиснута въ крѣпкую соединительнотканную связку, дѣлящую малый тазъ пополамъ, и способствуетъ закрытію брюшинной полости снизу (на что указалъ Mackenrodt<sup>113</sup>). Поэтому, мнѣніе, что въ замыкающемъ тазъ аппаратѣ остается отверстіе для прохожденія матки, равно какъ и сравненіе процесса съ образованіемъ грыжи, не вѣрны. При увеличеніи внутрибрюшнаго давленія нормально лежащая матка еще больше сгибается впередъ, вслѣдствіе чего portio vaginalis uteri отступаетъ къзади, а переднія связки, напрягаясь, оказываютъ болѣе значительное сопротивленіе внутрибрюшному давленію. Такимъ образомъ, при нормальномъ положеніи матки, иначе говоря, при ненарушенной функціи широкихъ маточныхъ связокъ и fascia visceralis, часть внутрибрюшнаго давленія поглощается этими образованиями, и на долю levatoris ani выпадаетъ лишь остающаяся часть сопротивленія. Чѣмъ собственно обуславливается антефлексія матки, — при современныхъ анатомическихъ данныхъ рѣшить невозможно. Вызывается-ли это положеніе разницей высоты точекъ прикрепленія связокъ у шейки матки, или оно является слѣдствіемъ эмбриональныхъ условій, въ томъ смыслѣ, какъ это понимаютъ Arch,<sup>114</sup>) Nagel,<sup>112</sup>) Mackenrodt,<sup>113</sup>) — кажется мнѣ вопросомъ открытымъ. По моему, позволительно думать, что нормальное положеніе матки обуславливается различной степенью напряженія переднихъ и заднихъ отдѣловъ lig. cardinalia. Насколько можно судить по опытамъ Губарева и Снегирева<sup>115</sup>) (инъекции), связку эту именно можно раздѣлить на двѣ части: переднюю и заднюю. Въ такомъ случаѣ матку можно бы разсматривать втиснутой наподобіе палки между двумя сухожиліями, и смотря потому, которое изъ нихъ будетъ прикреплено выше на шейкѣ, матка приметъ положеніе антеверсии или ретроверсии; и наклоненіе органа можно бы считать лишь слѣдствіемъ внутрибрюшнаго давленія; а за такой взглядъ говоритъ всѣмъ извѣстное обстоятельство, что матка послѣ оперативнаго

удаленія ея изъ полости таза всегда является выпрямленной.

Оставляя въ сторонѣ измѣненія положенія матки, вызываемыя различными воспалительными процессами, слѣдуетъ сказать, что поврежденія верхняго связочнаго аппарата, обуславливающія его расслабленіе, должны вызвать отклоненіе матки кзади. Разъ наступило расслабленіе *fasciae visceralis* и *lg. cardinalia*, слѣдствіемъ его явится, что все внутрибрюшное давленіе будетъ дѣйствовать на *levator ani* и органы служащіе ему опорой. Если онъ самъ и покрывающая его фасція, равно какъ и служащая ему опорой промежность и боковая жировая клѣтчатка не повреждены, то, хотя къ нему теперь и будутъ предъявлены гораздо большія, чѣмъ въ нормѣ, требованія, и хотя внутрибрюшное давленіе будетъ дѣйствовать на матку, расположившуюся по оси таза, на подобіе клина, онъ все-таки будетъ въ состояніи удерживать органы на соответствующихъ имъ мѣстахъ. Но если его тонусъ пониженъ, если его фасція (Губаревъ<sup>115</sup>) или самъ онъ разорваны, если служащая ему опорой жировая клѣтчатка исчезла (Lehr), то онъ долженъ будетъ уступить, и изъ нормальнаго для ретрофлексіи опущенія матки дѣло дойдетъ до выпаденія. Что при совершенномъ исчезаніи жировой подкладки матка можетъ выпасть также и въ положеніи антефлексіи, — это не только теоретически мыслимо, но и дѣйствительно происходитъ: явленіе это наблюдалось, и не особенно рѣдко, при атрофіи матки, напр. по наступленіи менопаузы. Возможно, повидимому, выпаденіе въ положеніи антефлексіи и до климактерія, особенно при незначительномъ наклоненіи таза и патологической фиксаціи матки. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ съ Негар'овской гипертрофіей влагалищной части матка при выпаденіи рыльца можетъ оставаться въ нормальномъ положеніи.

Такъ какъ роды соединяютъ въ себѣ всѣ условія, способствующія образованію выпаденія, — расслабленіе

верхней части связочнаго аппарата, разрывы, растяженіе покрывающей *levator ani* фасціи, разрывы и растяженіе самой названной мышцы, — то естественно, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ выпаденіе развивается вслѣдъ за родами. Но и другія вредныя причины, какъ напр. слишкомъ частый *coitus puellarum publicarum* (Schauta<sup>116</sup>), мастурбація и проч., ведутъ въ концѣ концовъ къ настолько значительнымъ разстройствомъ связочнаго аппарата, что дѣло доходитъ до выпаденія. Нельзя также отрицать и вреднаго вліянія на мускулатуру тазоваго дна тяжелыхъ истощающихъ болѣзней, идущихъ рука объ руку съ исчезаніемъ тазовой жировой клѣтчатки. Въ этомъ отношеніи Lehr особенно настойчиво говоритъ о значеніи тазоваго жира, служащаго для мышцы поднимающей задній проходъ опорой противъ внутрибрюшнаго давленія. И дѣйствительно, у молодыхъ женщинъ мы видимъ образованіе выпаденія вслѣдъ за родами лишь въ томъ случаѣ, если женщина была сильно истощена, или если она имѣла продолжительный лихорадочный послѣродовой періодъ; обыкновенно же послѣ 1-хъ до 7-хъ родовъ развивается лишь ретрофлексія, изъ которой уже въ позднѣйшіе годы образуется выпаденіе. Для выясненія роли состоянія питанія въ развитіи выпаденія весьма поучителенъ случай Prochownik'a<sup>117</sup>), въ которомъ чахоточная паціентка избавилась отъ выпаденія вслѣдствіе лѣченія усиленнымъ питаніемъ (Mastkur).

Если въ общемъ этиологическіе моменты образованія выпаденія у нерожавшихъ и многорожавшихъ одни и тѣже, то и механика выпаденія (возьмемъ и этотъ факторъ, какъ аргументъ въ пользу Schultze-Küstner'овскаго воззрѣнія) будетъ одинакова, а потому и для терапіи должно исчезнуть различіе между первичнымъ и вторичнымъ выпаденіемъ.

Возвращаясь теперь къ Негар'овской операціи выпаденія и принимая во вниманіе отношеніе *levatoris ani* и его

фасции къ *ligamentum cardinale*, мы поймемъ, почему Hegar, не смотря на то, что онъ совершенно оставляетъ безъ вниманія матку, все-таки получалъ 80% излѣченія въ случаяхъ истиннаго выпаденія матки. Sängger хвалитъ въ его методѣ то, что онъ производитъ *colporrhaphy* на 9—10 cm. вверхъ по влагалищу, чѣмъ снова соединяетъ фасцію съ *levator ani* и такимъ образомъ создаетъ приблизительно тѣ-же отношенія, что и при нормальной *retroflexio-versi*и. Освѣженіе, простирающееся вверхъ до задняго влагалищнаго свода, можетъ при извѣстныхъ условіяхъ фиксировать *portio vaginalis uteri* сзади и придать маткѣ нормальное положеніе. Обыкновенно же мы получаемъ борьбу между давящей внизъ на подобіе клина маткой и сопротивляющейся этому давленію мышцей поднимающей задній проходъ. А такъ какъ большинство пациентокъ принадлежитъ къ рабочему классу, то у нихъ часто въ этой борьбѣ одерживаетъ верхъ матка съ внутрибрюшнымъ давленіемъ, и образуется рецидивъ.

Если мы сопоставимъ терапевтическіе приемы суживающихъ влагалище операций съ приведенными анатомическими и этиологическими данными выпаденія матки, то насъ не удивятъ неудачныя послѣдствія этихъ операций, не смотря на превосходные, какъ я желалъ бы ихъ назвать, непосредственные результаты.

Операция, имѣющая цѣлью получить прочный результатъ, должна, какъ и во всѣхъ другихъ отдѣлахъ хирургіи, считаться съ анатоміей и этиологіей устраняемаго болѣзненнаго состоянія, въ данномъ случаѣ выпаденія матки. А чтобы имѣть возможность правильно судить о результатахъ нашихъ операций, мы прежде всего не должны смѣшивать выпаденія матки съ выпаденіемъ влагалища. *Retroversio-flexio* съ опущеніемъ матки и выпаденіемъ влагалищныхъ стѣнокъ принципиально слѣдуетъ лѣчить точно такъ-же, какъ и частичное или полное выпаденіе матки; однако, въ этой стадіи болѣзни оказываются еще достаточными обык-

новенные приемы, направленные противъ отклоненій матки (*пессаріи*, оперативное прикрѣпленіе матки, перинеопластика), и поэтому мы отдѣляемъ такіе случаи отъ тѣхъ, гдѣ необходима специальная операция, и которые, слѣдовательно, даютъ намъ возможность судить о ея достоинствахъ. Изолированныя выпаденія влагалища, при которыхъ матка остается въ нормальномъ положеніи, не имѣютъ ничего общаго съ выпаденіемъ матки. Подъ выпаденіемъ матки мы понимаемъ состояніе, въ которомъ расслабленіе подвѣшивающаго аппарата матки и тазоваго дна на столько значительны, что по меньшей мѣрѣ *portio vaginalis uteri* появляется въ половой щели. Поэтому при оцѣнкѣ достоинствъ того или иного оперативнаго приема, направленнаго противъ выпаденія матки, мы должны принимать въ расчетъ только эти случаи.

На основаніи вышеприведенныхъ анатомическихъ данныхъ, мы должны при выпаденіи матки удовлетворить слѣдующимъ показаніямъ.

1. Возстановленіе поддерживающаго матку въ нормальномъ положеніи связочнаго аппарата, resp.

2. Фиксация матки въ нормальной *anteversio-flexi*и.

3. Возстановленіе тонуса и функциональной способности тазоваго дна, главнымъ образомъ *levatoris ani* и покрывающей его фасции, равно какъ и служащей ему опорой промежности.

Я пропускаю ортопедическіе приемы, равно какъ и терапію посредствомъ пессаріевъ, однихъ или въ комбинаціи съ хирургическимъ вмѣшательствомъ, хотя въ послѣднее время Ratschinsky<sup>118)</sup> снова выступилъ на ихъ защиту, и хотя при извѣстныхъ обстоятельствахъ, въ связи съ дѣтетическими предписаніями и при особенно благопріятныхъ соціальныхъ условіяхъ отъ нихъ и можно бы ожидать кое-какихъ результатовъ.

Ограничиваясь хирургической терапіей, я буду обращать вниманіе лишь на операціи удовлетворяющія вышеприведеннымъ показаніямъ.

Первому показанію стремятся удовлетворить двѣ операціи: операція Kocks'a<sup>119)</sup>, практикуемая имъ съ 1897 г., и операція введенная въ Швеціи Westermarck'омъ<sup>120)</sup>.

Второму показанію удовлетворяютъ всѣ способы фиксаціи, употребляемые при retroflexio-versi'i. Обходя болѣе старыя операціи Frommel'я<sup>121)</sup>, Freund'a<sup>122)</sup>, Schücking'a<sup>123)</sup> и др., мы должны рассмотреть слѣдующія три:

1. Vaginaefixatio, къ которой принадлежитъ также и vesicofixatio.

2. Операцію Alexander-Adams'a съ внутрибрюшинной модификаціей Wertheim-Bode.

3. Ventrifixatio.

Наконецъ, третьему показанію отвѣчаютъ всѣ способы colporrhaphi'i, принимающіе во вниманіе levator ani, причемъ будетъ уже дѣломъ второстепенной важности, произведемъ-ли мы освѣженіе по способу Hegar'a или Freund'a; модификаціи, предложенныя Fritsch'емъ, Sänger'омъ, Губаревымъ имѣютъ значеніе лишь техническихъ улучшеній.

Что касается перваго показанія, то при выполненіи его мы встрѣчаемся съ наибольшими затрудненіями. Если бы мы могли, укоротивъ lig. cardinalia и различные пучки fasciae visceralis, возстановить функціональную способность верхняго листка діафрагмы, то задачу при операціи выпаденія матки можно бы считать рѣшенной; оставалось бы только вернуть тканямъ ихъ нормальную эластичность.

Къ сожалѣнію, относительно операціи Kocks'a, имѣющей цѣлью укороченіе ligam. cardinalia пришиваніемъ ихъ впереди матки, мы имѣемъ только сообщенія самого автора, такъ что объ этой операціи я могъ-бы судить лишь теоретически.

Способъ Westermarck'a<sup>120)</sup> \*), вытекающій изъ правильныхъ положеній, даетъ повидимому, хорошія послѣд-

\*) Westermarck, по отдѣленіи пузыря, ампутируетъ шейку, проводитъ по обѣимъ сторонамъ ея во влагалищѣ параллельные разрѣзы, изсѣкаетъ слизистую оболочку и разрываетъ пальцемъ возможно дальше боковую параметральную кѣтчатку, послѣ чего оба разрѣза зашиваются.

ствія, какъ о томъ свидѣлствуютъ результаты самого автора и другихъ операторовъ. Къ сожалѣнію, операція очень трудна и небезопасна вслѣдствіе возможности побочныхъ поврежденій; кромѣ того, она, повидимому, не вполне гарантируетъ правильное положеніе матки, такъ какъ мы не можемъ разсчитать степень сокращенія тканей, вызываемаго воспаленіемъ ихъ; къ тому же, неизвѣстно, какъ долго можетъ противостоять внутрибрюшному давленію неэластическій рубецъ.

Такъ какъ въ настоящее время мы не знаемъ ни одного способа вполне удовлетворяющаго первому показанію, да и едва-ли скоро найдемъ его, то приходится довольствоваться тѣмъ, что мы фиксируемъ матку въ ея нормальномъ положеніи, исправляя ретрофлексію, столь важную въ этиологіи выпаденія. Но фиксація матки даетъ намъ возможность прійти на помощь верхнему связочному аппарату діафрагмы, тѣсно соединенному съ маткой, такъ какъ при этомъ расслабленію названнаго аппарата противопоставляется искусственная поддерживающая связь. При помощи vaginaefixati'i достигается только anteflexio-versi'a органа; способъ Alexander-Adams'a и Ventrifixatio укрѣпляютъ матку и связанные съ нею органы вверху, обезпечивая въ то-же время за маткой ея нормальное положеніе. Въ послѣднее время Alexander'овская операція особенно часто примѣнялась при выпаденіяхъ. Но она, какъ замѣчаетъ Küstner, не свободна отъ недостатковъ. Именно, для достиженія надежнаго результата необходимо, чтобы пациентка въ теченіе первыхъ нѣсколькихъ недѣль послѣ операціи носила пессарій, — пріемъ, не особенно удобный при colporrhaphi'i. Вторымъ неудобствомъ Alexander'овской операціи является ея сравнительно большая продолжительность, тѣмъ болѣе, что послѣ нея надо еще дѣлать colporrhaphi'ю. Въ третьихъ, какъ показали результаты этой операціи (7% рецидивовъ при ретрофлексіи), не слѣдуетъ игнорировать и степени крѣпости круглыхъ связокъ.

Такимъ образомъ, изъ подходящихъ операцій намъ остается разсмотрѣть *ventrifixati*ю.

Операція эта была впервые произведена Koeberle<sup>124)</sup> въ 1877 г. по совершенно инымъ показаніямъ, а затѣмъ на собраніи естествоиспытателей въ Берлинѣ рекомендована Ohlshausen'омъ<sup>125)</sup> при *prolapsus uteri*. Хотя реферированный Ohlshausen'омъ случай и окончился неудачей, тѣмъ не менѣе операція скоро сдѣлалась общимъ достояніемъ гинекологовъ, особенно съ тѣхъ поръ, какъ усовершенствованные способы стерилизаціи свели опасность при ней *quo ad vitam* почти къ нулю. При оцѣнкѣ операціи, разумѣется, рѣшающее значеніе имѣла прочность фиксаціи. Послѣ того какъ достаточнымъ количествомъ случаевъ были подтверждены теоретическія соображенія относительно образованія прочной фиксаціи, Ter-Mikalianz<sup>126)</sup> доказалъ и экспериментально на кроликахъ, что возможно полное и крѣпкое сращеніе между *peritoneum parietale* и *serosa uteri*. При его опытахъ выяснилось, что обѣ серозныя поверхности неотдѣлимо спаиваются одна съ другою, причемъ для крѣпости сращенія совершенно не важно, была-ли *serosa* раздражена соскабливаніемъ или нѣтъ. И что особенно интересно и важно, — вторичныя и третичныя лапаротоміи беременных животныхъ показали, что спайки способны къ растяженію; именно, Ter-Mikalianz нашелъ, что по мѣрѣ увеличенія матки гипертрофируются и фиксирующія связки, увеличиваясь въ толщину и длину, чтобы затѣмъ послѣ родовъ вмѣстѣ съ инволюціей матки снова возвратиться къ своей нормальной величинѣ.

Ради полноты, я позволю себѣ сказать здѣсь нѣсколько словъ объ операціи, которую за послѣднее время Freund (Strassburg) и вѣнскіе врачи (Wertheim) рекомендуютъ, какъ особенно пригодную при выпаденіяхъ. Операція эта представляетъ, если можно такъ выразиться, очень глубокую *ventrifixati*ю, хотя матка здѣсь уже прикрѣпляется не къ брюшнымъ покровамъ: она сильно сгибается вперед и фи-

ксируется на *trigonum urogenitale*. Конечно, въ этой прочной связкѣ матка найдетъ себѣ достаточную опору; однако, только будущее можетъ рѣшить, въ состояніи-ли расправляющаяся матка натянуть *lig. lata* и Дугласовы складки, и могутъ-ли онѣ уже въ расслабленномъ состояніи противостоять внутрибрюшному давленію. Опубликованные результаты хороши, но время истекшее послѣ операціи еще слишкомъ коротко.

Но основаніи вышеизложеннаго мы можемъ принять, что пригодной при выпаденіи матки операціей является главнымъ образомъ *ventrifixati*я въ комбинаціи съ *colporrhaphi*ей. Что во многихъ случаяхъ является полезной и даже необходимой также и передняя *colporrhaphia*, а въ нѣкоторыхъ весьма рѣдкихъ случаяхъ и ампутація влагалищной части матки, объ этомъ мы будемъ говорить при критическомъ обзорѣ нашего матеріала.

За періодъ, истекшій со времени доклада Ohlshausen'a относительно *ventrifixati*и появились отдѣльныя сообщенія объ этой операціи почти во всѣхъ странахъ (Германія: Müller<sup>127)</sup>, Küstner, Leopold<sup>128)</sup>, Czerny<sup>129)</sup>; Англія и Америка: Haward A. Kelly<sup>130)</sup>, John Philipps<sup>131)</sup>; Франція: F. Terrier<sup>132)</sup>, Tuffier<sup>133)</sup>, Lauwers<sup>134)</sup>, Pollailon<sup>135)</sup>; Швеція: Engstroem<sup>136)</sup>; Россія: Küstner<sup>137)</sup>, Феноменовъ<sup>138)</sup>, Муратовъ<sup>141)</sup> и другіе) и съ 1890 г. она приобрѣла себѣ полныя права гражданства въ гинекологіи и доставила гинекологической литературѣ большой запасъ свѣдѣній, подобно операціямъ суженія влагалища и восстановленія тазового дна. Я не буду здѣсь вдаваться въ подробности относительно исторіи *ventrifixati*и, показаній, различныхъ методовъ ея выполненія, результатовъ, смертности и проч., и буду при случаѣ разбирать соотвѣтственную литературу лишь постолько, поскольку она представляетъ интересъ для насъ. Въ диссертацияхъ и сообщеніяхъ Engelhardt'a<sup>139)</sup>, Ter-Mikalianz'a<sup>140)</sup>, Муратова<sup>141)</sup>, Rauhut'a<sup>142)</sup>, Bion'a<sup>143)</sup>,



Kleinwächter'a<sup>144</sup>), Engstroem'a<sup>136</sup>) читатель найдетъ всю литературу, касающуюся вентрификсацій. Здѣсь я могу только вмѣстѣ съ Boije<sup>145</sup>) констатировать, что вентрификсація одна не пользуется всеобщимъ признаніемъ, что она дала только 66% прочныхъ результатовъ, что результаты ея, повидимому, хуже получаемыхъ при полной экстирпации матки. Я не хочу останавливаться на перечисленіи различныхъ видоизмѣненій фиксаціи матки, опубликованныхъ со времени сообщеній Ohlshausen'a и Leopold'a и Czerny, равно какъ не буду разсматривать способа слѣпой фиксаціи Assaky<sup>147</sup>), безъ вскрытія брюшинной полости, снова принятаго Czernin'омъ<sup>146</sup>). Я хочу только констатировать, что Boije въ своемъ сообщеніи изъ клиники Engstroem'a видитъ главную причину превосходныхъ результатовъ, достигаемыхъ означенной клинкой, не въ комбинаціи ventrifixati'i съ перинеопластикой, а въ способѣ предбрюшинной фиксаціи, который тамъ принятъ. Изъ 8 случаевъ, оперированныхъ интраперитонеально (такъ Boije называетъ способъ Czerny resp. Ohlshausen'a) въ 3-хъ наступилъ рецидивъ, тогда какъ изъ 24 случаевъ такъ называемой Engstroem'овской фиксаціи\*) не наблюдалось ни одного рецидива. Однако, изъ упомянутыхъ 8 случаевъ рецидивъ наступилъ въ тѣхъ, гдѣ произведена была только ventrifixati'я, одна или съ позднѣе присоединеннымъ суженіемъ влагалища; тогда какъ во всѣхъ случаяхъ Engstroem'овской фиксаціи, за исключеніемъ двухъ, дня за два до фиксаціи были сдѣланы perineorrhaphia, colporrhaphia anterior, amputatio portiois vaginalis uteri или curettage.

Какъ уже сказано, я желалъ бы констатировать, что даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ventrifixati'я съ perineorrhaphi'ей дали хорошіе результаты, какъ это было у Engstroem'a и другихъ операторовъ, значеніе этого метода не оцѣни-

\*) Engstroem фиксируетъ матку, по его собственному выраженію, предбрюшинно, т. е. прикрѣпляетъ ее къ мускулатурѣ брюшной стѣнки.

вается вполне по достоинству. Küstner<sup>148</sup>) одинъ со времени своихъ первыхъ опытовъ лѣченія выпаденій посредствомъ ventrifixati'i систематически практикуетъ этотъ методъ и отъ времени до времени выступаетъ на его защиту, что можно видѣть по нѣсколькимъ его собственнымъ сообщеніямъ, а также по диссертациямъ его учениковъ Engelhardt'a<sup>139</sup>) и Lion'a<sup>149</sup>). Диссертация Engelhardt'a обнимаетъ только 15 случаевъ изъ Дерптской клиники. Lion'у для его диссертации Küstner могъ уже предоставить 76, вѣрнѣе 74 случая. 2 случая изъ таблицъ Lion'a я считаю себя вправе вычеркнуть по слѣдующимъ соображеніямъ. Küstner всегда стремился опубликовать только полныя излѣченія выпаденій матки и кромѣ того, какъ это и необходимо для научной оцѣнки достоинствъ того или иного метода, онъ всегда строго отдѣляетъ случаи выпаденія влагалища, съ опущеніемъ матки или безъ такового, отъ выпаденій самой матки. А упомянутые 2 случая представляютъ только выпаденіе влагалища. Engelhardt могъ получить свѣдѣнія о послѣдствіяхъ операціи только въ 9 изъ своихъ 16 случаевъ; ни въ одномъ изъ нихъ рецидива не наступило. Къ сожалѣнію, часть этихъ случаевъ описана спустя короткое время (нѣсколько мѣсяцевъ) послѣ операціи. Lion изъ своихъ 76 случаевъ 8 изслѣдовалъ лично, и относительно 43 получилъ письменныя увѣдомленія, такъ что въ общемъ онъ могъ собрать свѣдѣнія относительно 67% своихъ оперированныхъ пацієнтокъ, и при этомъ констатировалъ только 2 рецидива. Къ сожалѣнію, собранный имъ матеріалъ изложенъ не въ особенно удобной для обзора формѣ, какъ показываетъ уже и вышеупомянутое неумѣстное включеніе двухъ случаевъ выпаденія влагалища. Такъ какъ онъ главнымъ образомъ ограничивается тѣмъ, что объективно констатируетъ излѣченіе и степень работоспособности пацієнтки, то его трудъ не вноситъ никакихъ новыхъ данныхъ для оцѣнки достоинствъ операціи.

Со времени выхода въ свѣтъ диссертации Lion'a по

апрѣль 1898 года въ Breslau'ской клиникѣ были оперированы еще 88 случаевъ выпаденія матки. Большинство этихъ случаевъ оперировано по принципу Küstner'a, нѣкоторая же часть — иначе, по соображеніямъ, о которыхъ будемъ подробно говорить послѣ.

Съ цѣлью получить общій обзоръ результатовъ лѣченія выпаденія матки по практикуемому въ названной клиникѣ способу, профессоръ Küstner въ январѣ 1899 года поручилъ мнѣ изслѣдовать снова весь собранный матеріалъ. Да будетъ мнѣ позволено выразить здѣсь глубокую благодарность моему высокоуважаемому учителю за помощь и руководство при выполненіи настоящей работы, равно какъ и за предоставленіе мнѣ его клиническаго матеріала.

Прежде чѣмъ перейти къ разбору полученныхъ клиникой результатовъ, я позволю себѣ сказать нѣсколько словъ о самыхъ операціяхъ, такъ какъ нѣкоторая часть собранныхъ случаевъ была оперирована не по типическому методу, а другими способами.

Описывать со всѣми деталями операцію ventrifixati'i и операцію сжуженія влагалища я не буду, ибо какъ самыя операціи, такъ и приготовленіе къ нимъ больной и послѣдовательное лѣченіе подробно изложены въ диссертациі Engelhardt'a, а съ тѣхъ поръ не было введено въ употребленіе ничего существенно новаго. Само собою понятно, что завоеванія въ области асептики были въ частности весьма полезны и для операціи выпаденія. Уже нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ Breslau'ской клиникѣ (какъ это, вѣроятно, всѣмъ извѣстно изъ другихъ сообщеній) алко-гольно-сулемовая дезинфекція была съ успѣхомъ замѣнена алко-гольно-лизоловой стерилизаціей рукъ и операціоннаго поля. Въ самое послѣднее время къ этому присоединенъ былъ еще іодъ, которымъ въ послѣдній моментъ приготовленія къ операціи импрегнируются брюшные покровы паціѣнтки и руки оператора. Извѣстно, вѣроятно, также и то, что проф. Küstner съ 1896 года оперируетъ въ нитяныхъ

перчаткахъ, которыя съ одной стороны, при частой смѣнѣ, служатъ надежной защитой противъ вторженія бактерій, немного отдѣляющихся съ рукъ оператора, съ другой стороны значительно облегчаютъ обращеніе со скользкими инструментами и vice versa защищаютъ руки отъ поврежденій при затягиваніи нитокъ и проч. Что матка сначала фиксировалась сквозными нитями silk'a, позднѣе погружными шелковыми швами и въ самое послѣднее время пеньковыми, — это, повидимому, не имѣетъ большого значенія; но замѣна сквознаго шелковаго шва трехъ-этажнымъ при закрытіи брюшной полости, безъ сомнѣнія, повліяетъ весьма существенно противъ образованія грыжъ. Отмѣчу также, что матка и прежде и позднѣе фиксировалась по методу Leopold-Szegny, а въ повѣйшее время, въ подходящихъ для того случаяхъ, она фиксировалась шейкой, и что Breslau'ская клиника придаетъ большое значеніе окончанію обѣихъ операцій, — ventrifixati'i и сжуженія влагалища, — въ одинъ сеансъ. Продолжительность оперирования этимъ удлинняется всего минутъ на 10—15, — время, необходимое для выполненія неосложненной ventrifixati'i; что же касается результата операціи, то для него такая одновременность представляетъ выгоды, которыми не слѣдуетъ пренебрегать; не говорю уже о томъ, что паціѣнтка сохраняетъ и время и деньги. Раздѣленіе обѣихъ операцій недѣльнымъ промежуткомъ времени, какъ это дѣлаетъ, напр., Engstrom, помимо необходимости вторичнаго наркоза, вводитъ паціѣнтку въ излишніе расходы; выписка изъ клиники послѣ одной внутрибрюшной операціи или одной операціи сжуженія влагалища во многихъ случаяхъ дѣлаетъ эффектъ лѣченія сомнительнымъ, и возможно, что въ концѣ концовъ все-таки потребуется одновременная операція на маткѣ и влагалищѣ. Впрочемъ, при эпикритическомъ обзорѣ нашего матеріала мы увидимъ, что при нѣкоторыхъ спеціаль-ныхъ показаніяхъ операція производилась въ два приѣма, а иногда дѣло и оканчивалось только одной ventrifixati'ей.

При colporrhineorrhaphi'яхъ всегда производилось обширное расщепление septi recto-vaginalis и считалось важнымъ зашить тазовое дно возможно дальше вверхъ. Въ случаяхъ со старыми рубцами промежности таковые экстирпировались по принципу Küstner'a. Въ этомъ смыслѣ и слѣдуетъ понимать въ таблицахъ обозначение: colporrhineorrhaphia. Въ случаяхъ съ болѣе или менѣе значительными cystocele производилась colporrhaphia anterior по старому Simon'овскому методу, въ последнее время — съ пришиваніемъ пузыря по Sänger'у. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ имѣлись показанія къ удаленію влагалищной части матки, и тогда производилась ампутація влагалищной части, причемъ заднія ножки влагалищнаго сѣченія окружали влагалищную часть и встрѣчались снизу, а не впереди отъ нея.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ это видно изъ таблицъ, вмѣсто укрѣпленія тазового дна производилось двустороннее освѣженіе по Winkel'ю или операція Neugebauer-Le Fort'a съ цѣлью полученія опыта относительно этихъ операцій. Если къ сказанному я прибавлю, что въ последнее время нѣкоторое число женщинъ, страдавшихъ вынаденіемъ матки, было, ради полного излѣченія, кастрировано, а также что иногда, по опредѣленнымъ показаніямъ, производились vaginaefixatio, операція Alexander-Adams'a и даже полная экстирпація, то этимъ будутъ исчерпаны все оперативныя приемы, результаты которыхъ намъ предстоитъ рассмотретьъ.

Такъ какъ я поставилъ себѣ задачей при изслѣдованіи результатовъ произведенныхъ операцій разсматривать, кромѣ времени рецидива, гдѣ таковой имѣлъ мѣсто, и работоспособности нашихъ пацієнтокъ, также и причины неудачъ, гдѣ эти послѣднія оказывались, и такъ какъ я пытался составить себѣ взглядъ и относительно нѣкоторыхъ другихъ вопросовъ, какъ напр. о пользѣ cervicofixati'i, кастраціи, о состояніи сращеній послѣ родовъ, и дѣйствительности ventrifixati'i самой по себѣ и т. под., то я долженъ былъ изслѣдовать возможно болѣе число случаевъ объективно.

По примѣру Abel'я<sup>150)</sup>, я долженъ былъ посѣтить нѣкоторую часть пацієнтокъ клиники на мѣстѣ ихъ жительства, если нельзя было ихъ убѣдить пріѣхать въ Breslau. Но такъ какъ, къ сожалѣнію, я располагалъ лишь сравнительно небольшимъ количествомъ времени, то я ограничилъ свои личные посѣщенія только тѣми случаями, которые письменно извѣстили о неудовлетворительности результата. Тѣмъ не менѣе, я надѣюсь, что мои изслѣдованія не могутъ дать ложной картины относительно удачныхъ или неудачныхъ исходовъ операцій, такъ какъ пацієнтки всегда склонны представить свое состояніе скорѣе въ худшемъ, чѣмъ въ лучшемъ свѣтѣ. Уже одна возможность пользоваться инвалидной рентой, гдѣ это могло имѣть мѣсто, должна была побуждать ихъ скорѣе симулировать болѣзненное состояніе, когда его не было, чѣмъ выставять себя болѣе здоровыми, нежели они были на самомъ дѣлѣ. За исключеніемъ умеренныхъ пацієнтокъ, я не могъ получить никакихъ свѣдѣній еще относительно 21 случая, не смотря на любезное содѣйствіе общины. Часть ихъ были иностранки, и относительно ихъ мѣста жительства совсѣмъ ничего не извѣстно; другихъ невозможно было разыскать потому, что это были служанки, часто мѣняющія мѣста, да къ тому и носящія очень часто встрѣчающіяся имена. Такъ какъ я, къ сожалѣнію, не располагалъ временемъ въ такой мѣрѣ, какъ это было возможно для Abel'я, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ, чтобы получить вообще объективный результатъ изслѣдованія у пацієнтокъ, живущихъ очень далеко, я пользовался любезностью товарищей врачей, взявшихъ на себя трудъ произвести изслѣдованіе по моимъ указаніямъ; ихъ я прошу здѣсь принять мою глубокую благодарность за любезное содѣйствіе. Только первое свое изслѣдованіе я произвелъ при помощи печатной карты съ вопросами; въ дальнѣйшемъ теченіи работы я написалъ около 250 писемъ. Въ заключеніе, не могу не сожалѣть, что Lion не велъ отдѣльныхъ протоколовъ по каждому

изъ своихъ изслѣдованій: его протоколы были бы весьма желательнымъ дополненіемъ къ моей работѣ и помогли-бы заполнить нѣкоторые пробѣлы въ ней.

Какъ бы то ни было, я полагаю, что собралъ достаточно хорошій матеріалъ, такъ какъ мнѣ удалось получить свѣдѣнія относительно 84% находящихся въ живыхъ нашихъ пацієнтовъ. Относительно 63% имѣются объективныя изслѣдованія; и именно, 53% изслѣдованы мною лично, остальные 9 пацієнтовъ товарищами врачами. 37% оперированныхъ извѣстили письменно о своемъ состояніи. Какъ уже сказано, я полагался на эти письменныя извѣщенія всюду, гдѣ сообщалось о безукоризненномъ результатѣ. Къ сожалѣнію, не обошлось безъ того, что нѣкоторые случаи, несмотря на извѣщеніе о неудачномъ результатѣ, не могли быть объективно изслѣдованы. Если сравнить статистическія данныя Dorff'a, Sonntag'a, Westermarck'a, Voije съ моими, то оказывается, что названные авторы основываются почти исключительно на письменныхъ извѣщеніяхъ, и что ни одинъ изъ нихъ не приводитъ хотя бы отдаленно приближающагося къ моему % собственныхъ изслѣдованій; точно такъ-же ни одному изъ нихъ не удалось получить настолько же ясную картину относительно дѣйствительности и пригодности примененной операціи. Мы не знаемъ о результатѣ операціи только у 16% нашихъ пацієнтовъ; у названныхъ авторовъ не имѣется свѣдѣній относительно болѣе 40%. Далѣе, позволю себѣ обратить вниманіе на то, что въ упомянутыхъ статистикахъ приводятся и сравнительно свѣжіе случаи; мои же изслѣдованія касаются лишь пацієнтовъ оперированныхъ минимум  $\frac{3}{4}$  года назадъ. Кромѣ того слѣдуетъ отмѣтить, что мои изслѣдованія распространяются исключительно лишь на случаи выпаденія матки, при чемъ я исключилъ даже и тѣ два случая, приведенные въ таблицахъ Lion'a, гдѣ дѣло идетъ только объ опущеніи матки съ выпаденіемъ влагалища.

Прежде чѣмъ перейти къ разсмотрѣнію полученныхъ

результатовъ, я скажу еще нѣсколько словъ относительно приложенныхъ здѣсь таблицъ. Въ случаи выпаденія матки, оперированные съ ноября 1893 г. по апрѣль 1898, приведены въ таблицахъ въ хронологическомъ порядкѣ. Кромѣ номеровъ по порядку, каждый случай снабженъ журнальнымъ номеромъ и цифрой академическаго года. Въ анамнезѣ я ограничился краткими замѣтками о числѣ родовъ, лихорадочномъ послѣродовомъ періодѣ, если таковой имѣлъ мѣсто, развитіи выпаденія вслѣдъ за родоразрѣшеніемъ или позднеѣ и т. под.; болѣе подробныя свѣдѣнія, какъ, напр., относительно времени вставанія послѣ родовъ, равно какъ и отвѣты на другіе важныя въ этиологическомъ отношеніи вопросы — относительно продолжительности менструацій, той или иной степени болѣзненности ихъ послѣ родовъ вплоть до появленія выпаденія, не вполне надежны. Діагнозъ и status praesens не обработаны съ одной общей точки зрѣнія: редакція ихъ принадлежитъ тому или другому ассистенту, въ соотвѣтственное время заведывавшему составленіемъ скорбныхъ листовъ. Къ рубрикамъ: операція, теченіе, время выписки — прибавить нечего, развѣ только пожалѣть, что время выписки обозначено лишь въ немногихъ случаяхъ. Двѣ послѣднія рубрики таблицъ заключаютъ въ себѣ изложеніе того, что я нашелъ при изслѣдованіи; въ первую изъ нихъ внесены, кромѣ того, и письменныя извѣщенія, полученные отъ оперированныхъ. Въ первую рубрику подъ именемъ субъективныхъ результатовъ изслѣдованія внесены работоспособность, отсутствіе болей, характеръ менструацій, моченепусканіе и дефекація, далѣе всѣ сообщенія касательно родовыхъ процессовъ, если они были. Въ случаяхъ съ грыжами я старался обстоятельно выяснитъ, насколько настоящія затрудненія, причиняемыя грыжей, больше или меньше прежнихъ, обусловленныхъ выпаденіемъ. Письменные отвѣты оперированныхъ также касаются всѣхъ этихъ вопросовъ. Конечно, пацієнтки сообщали иногда о такихъ измѣненіяхъ, которыя вполне доступны объективному изслѣдова-

нію. Вторая рубрика содержитъ въ себѣ найденное мною при объективномъ изслѣдованіи. Состояніе рубца брюшныхъ покрововъ, высота и крѣпость промежности, длина рубцовъ *colporrhaphii*, гдѣ таковая была произведена, состояніе влагалищной части матки, ея объемъ, длина, толщина шейки, состояніе матки и величина ея полости опредѣлены самымъ тщательнымъ образомъ посредствомъ осмотра, комбинированнаго (бимануальнаго) изслѣдованія и измѣренія. Точно также и фиксація матки у брюшной стѣнки опредѣлена съ возможной аккуратностью. Нормальное состояніе зарегистрировано всюду, гдѣ при давленіи и натуживаніи ничего не выступало изъ половой щели и передняя стѣнка влагалища не опускалась. Всякое же выступаніе слизистой оболочки влагалища наружу отъ *introitus vaginae* названо выпаденіемъ.

Предпославъ эти предварительныя замѣчанія, привожу самыя таблицы.

## Таблицы.

Имя. Воз- раст. № по порядку	Анамнез. Симптомы	Status и диагнозъ.	Операция.	Течение.	Состояние при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія. Субъективно. Объективно.
1.	VI родовъ. Постбродные периоды нор- мальные. Выпа- дение 1 годъ. Никакихъ стра- даний.	Промежность короткая, вялая. Retroflexio-versio uteri; inversio va- ginae; prolapsus uteri partialis. Cav. 12 1/2 cm.	3. XI. 93. Ventrifixatio. 3 шелк. поруж. Colporrhineor- rhaphia Hegar.	Безъ лихор. рады. Вы- писана на 22-й день.	Матка 6 1/2 cm. длины. спаяна съ брюши-стѣн- ка. Рана брюш. ст. р. р. Рана промежн. и влагал. хо- рошо зажила.	Чувствуетъ себя вполне хорошо. Матка въ поло- женіи ante-flexio- versio, спаяна съ брюшной стѣнкой.
2.	III род. Постб- род. периоды нормальные. Явления выпадения со врем. I-го родораз- рѣшенія.	Inversio vaginae totalis; prolapsus uteri partialis; re- troflexio-versio ut. Cav. uteri 13 1/2 cm.	8. XI. 93. Ventrifixatio. 3 шелк. поруж. Colporrhineor- rhaphia Hegar (только Catgut).	Безъ лихор. Промежн. разрѣза- лась. 28. XI. Вторичный выпаденіе. Вы- писана на 24-й день.	Чувствовала себя вполне хорошо послѣ опер. Умерла отъ случайн. бо- лезни. (Письмо отъ мужа- пациентки.)	
3.	I искусственн. роды. Лихор. рады. Постб- родов. периоды нормальные. Случай 1 годъ выпаденіе. Сильн. стра- данія.	Inversio vaginae. Ulcera decub. ad port. Prolapsus uteri partialis; re- troflexio-versio ut. Cav. uteri 13 1/2 cm.	4. XI. 94. Ventrifixatio. 3 шелк. поруж. Colporrhineor- rhaphia Hegar (только Catgut).	Безъ лихор. Разрывъ промежн. 28. XI. вто- рич. повт. Выписана на 24-й день.	Матка высока, 6 1/2 cm. длины. На промеж- ности незна- чительный дефектъ.	Промежн. 4 cm., влаг.; кожная пром. 2 cm. Незначит. брюшная грыжа. Матка въ пол. ante- flex. -versio, спаяна съ бр. ст. Въ полов. щели видна portio.
4.	II произв. род. Постброд. пер. нормальные. Выпаденіе послѣ 2 родовъ, 7 лѣтъ тому назадъ.	Промежн. сильно укорочена. Inversio dextra. Ventrif- fixatio. part. pariet vag. ant. xatio. 3 шелк. et post. Prolapsus uteri retro- flexi. Cystocele. Elongatio cer- vix. Tumor ovar. dextra.	Ovariectomy. Ventrifixatio. 3 шелк. поруж. Colporrhineor- rhaphia Hegar (только Catgut).	Безъ лихор. Выписана на 1-й день.	Матка при- поднята, въ полож. ante- flexii. спаяна съ бр. ст. Выпаденія влагал. нѣтъ.	Хорошія само- чувствія и работоспособ- ность, несмотря на возвратъ выпаденія.

5.	VI род., изъ нихъ 3 со шп- цами. Постб- род. периоды норм. Выпа- деніе 23 года.	Дефектъ промежн. 2-й степени. Про- lapsus uteri retro- flexi totalis. Cystocele.	15. XII. 93. Ventrifixatio. 2 шелк. порж. шва. Colporrh. ant. Colporrhineor- rhaphia Hegar. Шелкъ, catgut.	Безъ лихор. Выписана на 21-й день.	Кръпкая промежность. Матка въ пол. ante-flexio- versio, спаяна съ брюшной стѣнкой.	
6.	II род. произв. Постброд. пер. нормальные. За посл. 2 года частые позывы къ мочеиспуск. Болн. Выпаден. внутреннихъ пол. органовъ.	Defectus perinei II gradus. Prolapsus pariet vagin. ant. et 2 шва. silk. Col- porrhineor- rhaphia Hegar. Op. Dr. Sch.	30. I. 93. Ventrifixatio. 2 шва. silk. Col- porrhineor- rhaphia Hegar. Op. Dr. Sch.	Безъ лихор. Выписана на 22-й день.	Выписана излѣченной. пишетъ: „Синъ извѣщаю, что жена моя вполнѣ здо- рова“.	Мужъ больной излѣченъ. Синъ извѣщаю, что жена моя вполнѣ здо- рова“.
7.	VI род. произв. Постброд. пер. нормальные. За 3 года — мено- пауза, и съ тѣхъ-же поръ выпаденіе.	Prolapsus partialis uteri retroflexi. Prolapsus pariet. vaginae anter.	21. I. 94. Ventrifixatio. 2 шва. silk. Col- porrhineor- rhaphia Hegar. Op. Dr. Sch.	Безъ лихор. Выписана на 16-й день.	Выписана излѣченной. пишетъ: „Мое сост. со врем. лѣч. удовлетв. Сожалею, что не могу явиться лично“.	Пациентка пишетъ: „Мое сост. со врем. лѣч. удовлетв. Сожалею, что не могу явиться лично“.
8.	V род. произв. Постброд. пер. норм. Выпад. 3 года.	Промежность слабая. Prolapsus pariet vag. anter. Prolapsus uteri partialis.	Ventrifixatio uteri. 3 порж. шва. silk. Colpor- rhaphia anter. Colporrhineor- rhaphia.	Безъ лихор. Выписана на 18-й день.	Промежность широкая и кряк. Матка спаяна съ бр. стѣнкой, въ положеніи ante-flexii. нужно“.	Пациентка пишетъ: „Мое сост. со врем. лѣч. удовлетв. Сожалею, что не могу явиться лично“.
9.	VI род. произв. Постброд. пер., II за исключ. по- стброд. нор- мальные. Выпа- деніе 6 лѣтъ (со врем. постброд. род.). Сильныя страданія.	Defectus perinei II gradus. Inversio vaginae totalis. Pro- lapsus uteri totalis. Hypertrophia portionis.	Ventrifixatio. 3 поруж. шва. Colporrhineor- rhaphia Freund.	Безъ лихор. Выписана на 18-й день.	Промежность широкая, чув- ствуюсь себя вполнѣ хорошо. Тяжелыхъ ра- ботъ не можетъ выполнять. Матка нормальной величины.	Брюшная грыжа съ кулакъ вели- чины. Промежн. 4 1/2 cm., кряккая. Descensus parietis anterioris. Матка въ полож. ante- flexio, спаяна съ бр. ст. Portio на 5 cm. выше vulva.

№ по порядку	Имя, возраст	Анамнез, симптомы	Status и диагноз	Операция	Течение	Состояние при выпискѣ	Результаты исследования	
							Субъективно	Объективно
10.	616. 93/94 С. L. 43 а. н.	Nullipara. Выпадение з-м-ца назадъ.	Очень слабая промежн. Prolapsus uteri partialis. Inversio pariet. vaginae anter. et posterio-uteri. Adnervatio uteri. Cervicis duplex.	31. I. Ventrifixatio ut. Большая старая пельвеоперитоническая срощенія и тяжк.	Безъ лихор. 19. II. Colporrh. ant. (выпадение стѣнокъ влагалища).	Матка безукоризненно хорошо спаяна съ бр. стѣнкой. Vulva сильно стужена.	Операция не особенно удалась; мое состояние гораздо хуже, чѣмъ до операции.	
11.	634. 93/94 А. Н. 31 а. н.	II родовъ. Постродовые периоды оба септические. Выпадение со врем. I родовъ. Сильная страданія.	Defectus perinei II gradus. Prolapsus magn. pariet. vag. ant. et poster. Prolapsus uteri retrof. partialis. Elongatio cervicis.	Ventrifixatio. 3 погр. шва, silk. Colporrh. ant. Colporrhineorrhaphia Hegar.	Безъ лихор. Рана промежности зажила рег. II intention. Выписана на 28-й день.	Выписана здоровой.	Мужъ пад. сообщ.: «Извѣщаю Васъ, что жена моя со вр. опер. здорова, но явиться для изслѣд. не желаетъ».	
12.	663. 93/94 S. St. 25 а. н.	II родовъ. I-м-е роды со шп. пами и затѣмъ 6-недѣльн. лихорадка. Съ тѣхъ поръ опущеніе половыхъ органовъ. (съ голов. яйцо).	Defectus perinei II gradus. Inversio pariet. vag. ant. et post. totalis. Prolapsus uteri retrof. tѣхъ поръ опущеніе полов. Tumor ovarii dextr. (съ голов. яйцо).	Ovariectomy. Ventrifixatio. Ventrif. dextra. Ventrif. xatio. Colporrhineorrhaphia Hegar.	Безъ лихор. Выписана на 24-й день.			
13.	680. 93/94 R. N. 50 а. н.	V I род., норк., постродовые периоды тоже. Выпадение 6 лѣтъ.	Defectus perinei totalis. Defectus recti 2 cm. Inversio pariet. vag. ant. et post. totalis. Hypertrophia pariet. vag. Prolapsus totalis uteri retroflexi. Cavum 11 cm.	Ventrifixatio. Epistiorrhaphia по Küstner'у, съ резекціей влагалищной стѣнки.	Безъ лихор. Матка 7 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> см. Нагноение въ длину. Брюшной ст. спаяна съ бр. стѣнкой. Выписана на 31-й день.	Матка 7 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> см. высокая и упругая.	+	

14.	691. 93/94 Th. M. 46 а. н.	I роды пять лѣтъ назадъ; щипцы. Постъ-анте-родов. периодъ 5 недѣль. Съ тѣхъ поръ полное выпад. и постоянное истечение.	Defectus perinei. Invers. pariet. vag. ant. et post. totalis. Fistula vesico-vag. per magna. Prolapsus uteri partialis. Cavum 8 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> cm.	30. III. 94. Типичная операция фистулы на 18-й день. 24. IV. 94. Ventrifixatio.	Безъ лихор. Выписана на 18-й день.	Матка 7 см. въ длину.		
15.	45. 94/95 Е. Н. 49 а. н.	IV род.; постъ-род. периоды нормальны. Явления выпад. со врем. послѣднихъ родовъ.	Defectus perinei II grad. Inversio pariet. vag. ant. et post. totalis. Prolapsus uteri retrof. flexi totalis. Cavum uteri 10 cm.	16. IV. 94. Ventrifixatio. Colporrhineorrhaphia Freund.	На 3-й день вечеромъ выпаденія влагалища. Выписана на 16-й день.	Матка 6 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> см. въ длину. t = 38.0. Влагалищ. стѣнокъ не замѣчается.	Пад. пишеть: «Я чувствую себя соврѣменно операцией совершенно здоровою и благодарю Васъ».	
16.	63. 94/95 M. P. 32 а. н.	I роды; щипцы; послѣ-род. пер. лихорадочный, въ 91 году. Съ тѣхъ поръ боли въ крестцѣ и животѣ.	Defect. perinei I gr. Prolapsus pariet. vag. ant. et post. uteri retroversi partialis. Tumor adnex. dextr. животѣ.	23. IV. 94. Castratio dextr. Ventrifixatio. Операция суженія влагалища сдѣлана не было, чтобы судить о достоинствахъ Ventrifixatio.	Безъ лихор. Выписана на 17-й день.	Чувствуетъ себя вполне здоровой. Мальвы граппы.	Старый дефектъ промежности I степ. Полов. щель открыта. При очень правильны. При ванинезначительн. очень тяжелой работѣ не опускается. Матка въ редн. ст. Матка въ пол. антед., спаяна съ бр. ст. 5 cm. выше полов. щели. Линейный рубецъ на животѣ.	
17.	67. 94/95 Fr. L. 42 а. н.	IV род. I-м-е роды со щипцами. Лихорадочный послѣ-род. пер. Съ тѣхъ поръ явления опущенія.	Промежность очень слаба. Desensus pariet. vag. post. Prolapsus ut. retroversi partialis. Опухоль придатковъ обѣихъ сторонъ величин. въ куриное яйцо.	Castratio duplex. Ventrifixatio. 3 погр. шва, silk. Colporrh. ant. Colporrhineorrhaphia Hegar.	Безъ лихор. Выписана на 18-й день.	Кръпкая промежность. Нѣтъ опущенія.	Промежность 2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> см. Задняя ст. влагалища опущается. Матка (полость 6 см.) спаяна съ бр. ст. Portio на 8 см. выше половой щели. Линейный рубецъ на животѣ.	

№ по порядку	Имя, возраст	Анамнез, симптомы	Status и диагноз	Операция	Течение	Состояние при выпискѣ	Результаты изслѣдованія
18.	72. Н. Н. 94 95 59 а. н.	II род., норм., какъ и послѣд. периоды. Со времени вторыхъ родовъ, 19 лѣтъ назадъ, явленія выпаденія и боли.	Prolapsus pariet. vag. et uteri totalis. 3 погр. шва silk. Colporrhineorrhaphia. Hegar.	Ventrifixatio.	Безъ лихора. Выписана на 29-й день.	По болязнь ноги не можетъ явиться для изслѣдованія. Состояніе сносно, могу справлять домашнія работы.	Объективно.
19.	80. А. Р. 94 95 42 а. н.	I роды съ норм. малымъ послѣд. период., 19 лѣтъ назадъ. Явленія выпаденія порть менсес очень обильны.	Inversio pariet. vag. totalis. Prolapsus uteri totalis. Tumor ovarii sinistri.	5. V. 94. Ovariectomy. Ventrifixatio. Neugebauer-Lefort.	Безъ лихора. Выписана на 15-й день.		
20.	100. F. Sch. 94 95 29 а. н.	I роды норм. 1 годъ назадъ. Съ тѣхъ поръ явленія выпаденія.	Defectus perinei II gr. Inversio pariet. vag. ant. et post. Prolapsus partialis uteri retroflexi.	11. 5. 94. Ventrifixatio (оп. ассистентъ). Hegar.	Безъ лихора. Выписана на 25-й день.	26. VI. 96. Матка стоитъ высоко и спаяна на обширномъ прострѣствѣ. Portio стоитъ высоко.	
21.	127. R. B. 94 95 39 а. н.	VI род., изъ нихъ 1-ые со шпичами. Съ тѣхъ поръ явленія опущенія.	Defectus perinei II gr. Inversio totalis vaginae. Prolapsus uteri retroflexi totalis. Cav. uteri 8 1/2 cm.	Ventrifixatio Neugebauer-Lefort.	Безъ лихора. Выписана на 15-й день.		

22.	138. А. Т. 94 95 38 а. н.	VI род., со времени II родовъ явленія выпад. Постыдний послѣд. пер. лихорадочный.	Defectus perinei II gr. Inversio pariet. vag. totalis. Oedema pariet. Ulcera decub. Prolapsus partialis uteri retroflexi. Cav. uteri 16 1/2 cm.	Ventrifixatio. Colporrh. ant. Colporrhineorrhaphia Freund.	Безлихорадочное. Вторичный шовъ на промежности. Разорванъ. Промежн.	Cavum uteri 10 cm. Боль. "Все еще есть крѣпкая небольшая выпяченность. День. Несмотря на то, могу выпонять все шенія. рѣб. Брюшной грыжи не было".	
23.	144. B. G. 94 95 39 а. н.	VI род.; послѣд. род. периоды нормальны. Со врем. I род. явленія выпад. Запоръ. Частые позывы къ мочеиспуск.	Defectus perinei II gr. Inversio pariet. vag. part. Prolapsus uteri retroflexi partialis. Tumor ovarii sin. Cav. uteri 12 cm.	Ovariectomy sinistra. Ventrifixatio. Colporrh. ant. Colporrhineorrhaphia Freund.	Безлихорадочное. Вып. на 26-й день.	Cavum uteri 8 cm.	"Извѣщая, что я въ наст. вр. чувствую себя вполне хорошо и потому не являюсь для изслѣдованія. Выражаю Вамъ мою глуб. благодарность".
24.	187. А. К. 94 95 33 а. н.	Nullipara. Явленія выпаденія 15 лѣтъ. 1 годъ назадъ произведена операція въ Берлинѣ. Вскорѣ рецидивъ.	Imbecilis hymen annularis incompleto. Desensus pariet. vag. ant. Prolapsus part. uteri. Retroflexio versio uteri.	19. VI. 94. Ventrifixatio.	Безлихорадочное. Вып. на 20-й день.		"Сообщаю, что мнѣ послѣ операціи уже давно стало плохо, и что я совершенно неспособна къ работѣ".
25.	188. S. D. 94 95 27 а. н.	I роды; шпичи. Послѣдородовой периодъ лихорадочный. Съ тѣхъ поръ выпаденіе. 93 г. amputatio portionis et perineoplastica.	Жесткая высокая промежность. Пузырная fistula. Prolapsus pariet. vag. ant. et post. et port. uteri. Ulcera decub. in portione. Retroflexio-versio uteri.	26. VI. 94. Ventrifixatio.	Безлихорадочное. Брошнѣ покрововъ.		"Со времени операціи было 2 дѣтей; чувствую себя очень хорошо и приношу сердечную благодарность".



№ по порядку	Имя, возраст	Анамнез, симптомы	Status и диагноз	Операция	Течение	Состояние при выпискѣ	Результаты изслѣдованія	
							Субъективно	Объективно
26.	211. P. W. 94/95 29 a. n.	VII род. Со времени III род. соверш. при вращеніи по мощи, явления выпадения.	Defectus perinei II gr. Prolapsus pariet. vag. ant. et post. et port. uteri. Retroversio uteri.	Ventrifixatio. Colporrhineorrhaphia Freund.	На 4-й день вып. на 26-й день.		Dr. K. пишетъ: Промежн. 4 1/2 смт., „Самочувствіе пац. хорошо. Со врем. операциі полов. цели. Portio I абортъ и на 6 1/2 смт. выше 1 рода, плодъ полов. цели. Матка мацерированн., снайна съ брюши. роды протекли ст. Рубецъ брюшн. легко. Предъ опер. 1 абортъ и 2 преждевр. родовъ“. (2-ое письмо Dr. K.)	
27.	213. C. P. 94/95 28 a. n.	VI род., норм., какъ и послѣд. род. периоды. Со врем. 2-го ребенка явления выпадения и болязненные menses.	Defectus perinei II gr. Inversio pariet. vag. ant. et post. oedemat. totalis. Prolapsus uteri totalis. Ulcus decub. Retroversio uteri.	Ventrifixatio. Colporrhineorrhaphia Freund.	На 6-й день веч. t = 39,0°. На 7-й — 38,2. Вып. на 17-й день.		„Мое состояніе сносно; послѣ операциі дѣтей не было“.	
28.	271. H. S. 94/95 35 a. n.	III род., 1-ые роды со шипцами; послѣд. род. периодъ лихорадочный; оба послѣдніе послѣ род. пер. нормальны. Выпад. 2 года Menes крайне болязненны.	Defectus perinei II gr. Prolapsus pariet. vag. ant. et post. Prolapsus port. uteri. Retroflexio-versio uteri.	Ventrifixatio. Colporrhineorrhaphia Freund.	Безлихорадочное. Вып. на 29-й день.		Сообщаю, что чувствую себя вполне хорошо. Желала бы явиться для изслѣдованія, но не имѣю возможности“.	

29.	280. H. K. 94/95 28 a. n.	IV род 1-ые со шипцами; при 4-хъ — перфорация. Выпаденіе 3 года.	Inversio totalis pariet. vag. ant. et post. Hypertrophia pariet. vag. Retroflexio-versio uteri. Prolapsus totalis uteri. Cavum uteri 11 смт.	Ventrifixatio. Colporrhineorrhaphia Freund.	Безлихорадочное. Незначит. нагноеніе брюшныхъ покрововъ. Вып. на 31-й день.		„Извѣщаю, что чувствую себя совершенно здоровою. Выпаденія нѣтъ. Было 2 родовъ. 1 преждевр. При родахъ ничего ненормальнаго“.	
30.	285. M. K. 94/95 66 a. n.	IV род. Роды и послѣд. пер. нормальны. Выпаденіе нѣскольکو лѣтъ.	Inversio totalis pariet. vag. ant. et post. Hypertrophia. Prolapsus uteri senilis totalis. Hypertrophia portionis.	Ventrifixatio. Colporrhineorrhaphia.	На 2-й день лихорадка t = 39,2. 7-й и 8-й день — 38,0. Вып. на 25-й день.		По словамъ сестры, пац. стала очень слаба и дряхла, и потому не можетъ явиться для изслѣдованія. Выпаденія нѣтъ.	
31.	299. E. H. 94/95 43 a. n.	VII род. изъ нихъ 2 со шипцами; 1 разъ gemelli 5 лѣтъ назадъ. Явленія опущенія 8 лѣтъ. Боли внизу живота. Весьма обильные menses.	Ruptura perinei inveter. II gr. Inversio totalis pariet. vag. ant., partialis pariet. vag. poster. Prolapsus portionis hypertroph. Cavum uteri 12 смт. Матка по оси таза.	Ventrifixatio. Colporrhineorrhaphia Hegar.	Впродолж. 4-хъ дней t = 38° 8 — 38° 0. 2 шва нагноились. Вып. на 26-й день.	Выписана здоровой.	Пац. пишетъ: „Извѣщаю, что послѣ операциі чувствую себя хорошо, за что еще разъ благодарю“.	

№ по порядку	Имя, возраст	Анамнез, симптомы	Status и диагноз	Операция	Течение	Состояние при выпискѣ	Результаты изслѣдованія	
							Субъективно	Объективно
32.		XII род. Послѣ IV-хъ явленія опущенія, 89 г. Prolapsus uteri post. reposition. uteri retroflexi et pariet. vagin. prolapsi.	Полов. шель нормальныхъ разрывовъ. Portio видна впереди половой щели, изъязвлена. На обѣихъ сторонахъ больше разрывы шейки. Матка приоткрыта, тельнонормальной величины, въ среднѣмъ половѣніи, почти retroversio.	Ventrifixatio. Оп. ассистентъ. NB. Относительно эффекта vaginaefixati, кѣ сожатыю, ничего не занесено въ протоколъ.	Безлихорадочное. Вып. на 18-й день.	Выписана здоровой.	Ехрл. страдаетъ 27 лѣтъ желу-дочными явле-ніями. Въ послѣднемъ совершенно здо-рова и работо-способна. Стулъ и моча нор-мальные.	Промежн. около 4 смт. Portio норм. велич. и конси-стенц. на 5 смт. выше полов. щели. Матка 11 смт. въ длину, въ полог. anteversi, спаяна съ брюшн. стѣнк. Рубецъ бр. стѣнки линейный.
	308. 94 95	J. K. 50 a. n.	Длиная про-межность. Выпаденія нѣтъ. Retrofl.-versio uteri mobilis. Терапія: Vaginaefixatio. 10 недѣль чув-ствуется себя хорошо; загѣмъ снова опущ. и боли. Сильныя боли. Сильныя molimina men-strualia.	Defectus perinei II gr. Inversio totalis pariet. vag. ant. et post. hypertrophica. Cavum uteri 15 смт. Hypertrophia portionis. Матка выпрямлена по осн.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colporrhaphia. Hegar. Op. Assistent.	Какъ субъективно, такъ и объективно все въ порядкѣ.	Самочувствіе и работоспособ-ность вполне хороши.	Промежность 4 смт., крѣпкая. Portio на 5 смт. выше полов. щели. Матка въ полог. anteф.-versio, спаяна съ бр. ст. Линейный рубецъ брюшн. покров.

34.	369. 94 95	Н. Н. 55 a. n.	IX род. Со вре-мени первыхъ родовъ чув-ствуется себя дурно. Затруд-ненія всевозра-стали и окон-чились опуще-ніемъ половыхъ орг. Запоръ. Затрудненное мочеиспуск.	Defectus perinei II gr. Prolapsus vaginae. Prolapsus partialis uteri retroflexi.	Ventrifixatio. Colporrhaphia. Freund.	Безлихорадочное. Вып. на 17-й день.	Самочувствіе вполне хорошее. Не смотря на появленіе брюшн. грыжи, ней ст. влаг. Portio на 5 смт. выше полов. щели. Матка introitus. Приподнята, въ положеніи anteversi, спаяна съ бр. ст. Cavum 13 смт. Шейка длин-ная, тонкая. На животѣ грыжка ве-личины въ марку (монета).	Промежность толстая и крѣпкая, 4 смт. Незначит. опущеніе перед-ней ст. влаг. Portio на 5 смт. выше полов. щели. Матка introitus. Приподнята, въ положеніи anteversi, спаяна съ бр. ст. Cavum 13 смт. Шейка длин-ная, тонкая. На животѣ грыжка ве-личины въ марку (монета).
	440. 94 95	С. В. 29 a. n.	III род. Со вре-мени первыхъ родовъ вѣрстѣхъ и опущеніе пол-орг. Пац. про-лежала 4 нед. въ постели. Въ наст. вр. выпаденіе и при ле-жаніи.	Prolapsus totalis uteri.	Ventrifixatio. Colporrhaphia. Freund.	Матка въ норм. полож. Рана промеж-ности хорошо зажила.	Пац. чув-ствуетъ себя вполне хорошо; опущеніе и выпад. только кѣ тя-желой работѣ. Годъ назадъ норм. роды; съ тѣхъ поръ не значит. явленія опущенія.	Половая шель зияетъ. Промежн. 3 смт. Незначит. опущеніе и выпад. передней и задн. стѣнки влаг. Не значит. cystocele. На задней стѣнкѣ влагалица корот-кій рубецъ. Матка въ положеніи anteфлексии спаяна съ бр. ст. Cav. uteri 11 смт. Corpus uteri Portio на 6 смт. выше полов. щели. Линейный рубецъ брюшн. ст.
36.	462. 94 95	Е. J. 37 a. n.	XI род. Каждый разъ долго въ постели. Работаетъ съ тру-домъ. Внутр. полов. органы выпали 1-й разъ 8 лѣтъ назадъ.	Prolapsus pariet. vag. ant. totalis. Cystocele. Prolaps. partial. uteri. Retrofl.-versio uteri. Промежность цѣла.	Ventrifixatio. Op. Assistent.	На 10-й день 38,2°. Вып. на 17-й день.	+	

№ по порядку	Имя. Возраст.	Журналъ	Анамнезъ. Симптомы.	Status и діагнозъ.	Операція.	Теченіе.	Состояніе при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія.
							Субъективно.	Объективно.
37.		508.	IV род. Выпадение 2 года; сначала кольцо, улучшение. Теперь снова сильныя затрудненія.	Prolapsus pariet. vag. post. Rectocele. Prolapsus partial. uteri. Retroflexio-versio uteri mobilis. Cav. uteri 7 cm.	Ventrixfixatio. Colproperineorrhaphia Freund.	На 4-й день 39,2° С. Остальное время безъ лихорадки.	Страдаютъ солянью легкиѣ. Въ остальныхъ частяхъ себя хорошо и работаютъ исправно (прачка).	Прожекция 4 см. толстая. Матка въ полож. anteфлексio-versio, снаена съ бр. ст. Portio на 5 см. выше introitus. Линейн. руб. бр. ст.
38.		532.	II род. послѣдн. 9 мѣ. назадъ; послѣдъ нѣхъ ратала съ трудомъ; затѣмъ наступило выпаденіе полов. органовъ.	Defectus perinei II gr. Prolapsus pariet. vag. ant. Prolapsus portionis. Матка отклонена въправо, въ среднемъ положеніи.	Ventrixfixatio. Colproperineorrhaphia Freund.	Два дня выше 38,0. Нагноеніе брюшной ст. Выписана на 24-й день.	Со врем. операціи чувств. себя хорошо. Но образовалась грыжа.	
39.		575.	IX род.; послѣ каждыѣ двѣ недѣли въ поменѣ 7 родовъ сначала боли въ крестцѣ, затѣмъ явленія versio uteri. Tumor ovarii dextri.	Defectus perinei I gr. Inversio totalis pariet. vag. post. Retroflexio. Снизу, по слаботи нап., ничего не сдѣлано.	По излѣченіи грыжи, ventrixfixatio. Тампона Mikulicz'a.	Безлихорадочное. Вып. на 18-й день.	Грануляціи въ нижнемъ углу раны.	+
40.		586.	XI род. Послѣд. род. періоды коротки. Выпаденіе 22 года. Menses 14 дней. Сильныя боли.	Defectus perinei I gr. Cystocele perinealis. Prolapsus port. uteri. Retroflexio ut. mobilis. Cavum ut. 7 cm. Tumor ovarii dextri.	Ovariectomy dextra. Ventrixfixatio.	Безлихорадочное. Вып. на 18-й день.	Вполнѣ хорошия самочувствія и работоспособности. Менструація наступила приболн. 2 мѣ. назадъ.	Прожекция 3 см. Матка въ полож. anteфлексio-versio, снаена съ бр. ст. Cavum uteri 8 см. Portio на 5 см. выше introitus. Лин. рубецъ бр. ст.

41.	607. 94 95	J. R. 40 a. n.	VII род. Последняя пер. по 3 дня. Со временем 1-х род. болзненность живота. Выпадение сыгоды назад, особенно значительно при тяжелой работѣ.	Defectus perinei II gr. Половая щель широко раскрыта. Prolapsus pariet. vag. ant. Prolapsus portion. uteri. Retrofl.-vers. uteri mobilis. Cav. uteri 10 cm.	Ventrifixatio. Colporrhineorrhaphia Hegar. Вып. на 17-й день.	Безлихорадочное. Вып. на 17-й день.	Пак. пишеть: "17. XII 93 родила зороваго ребенка: въ наст. вр. чувствую себя вполнѣ здоровой".	Промежн. 4 смт. Выпадения влг. нѣтъ. Матка въ полож. anteф.-vers. настолько поднята, нормальна велич. Portio на 5 смт. выше полов. щели. Линейный рубецъ бр. ст.
42.	660. 94 95	L. H. 58 a. n.	VII род. Со врем. послѣдн. разродарзр-шенія, 13 лѣтъ тому назад, опущение половых органовъ. При тяжелой работѣ наступаютъ сильное набухание половых органовъ.	Proximitas uteri. Inversio totalis pariet. vag. Prolapsus totalis uteri. Retroversio uteri. Cavum 10 cm. Portio гинетрорфизована, при всякомъ прикосновении легко кровоточитъ.	Ventrifixatio. Amputatio portionis alta. Вып. на 17-й день.	Безлихорадочное. Вып. на 17-й день.	Пак. пишеть: "Выстугаетъ грыжа величиной съ дѣтск. голову. Тяжелой работы не могу выполнять. Частая рвота (muss sehr viel brechen).	Вполнѣ хорошее само-чувствіе.
43.	670. 94 95	M. K. 44 a. n.	Defect. perinei II gr. Inversio vag. totalis. Portio и cervix впереди полов. щели, гинетрорф. и отечны. Corpus uteri въ полости таза. На portio-decubitus.	Ventrifixatio. 3-этажн. шовъ на бр. стѣнк. Colporrh. ant. rharphia Freund.	Безлихорадочное. Вып. на 19-й день.	Безлихорадочное. Вып. на 17-й день.	Вполнѣ хорошее само-чувствіе.	Промежн. 4 смт. Выпадения влг. нѣтъ. Матка въ полож. anteф.-vers. настолько поднята, нормальна велич. Portio на 5 смт. выше полов. щели. Линейный рубецъ бр. ст.
44.	672. 94 95	M. F. 44 a. n.	IX род.; послѣдніе — 12 л. назадъ. Выпадение 3 года. Сильн. боли.	Retroflexio-versio uteri. Cavum ut. 10 cm. Prolapsus port. uteri. Prolapsus pariet. vag. hypertrophicus. Промежность рыхлая.	Ventrifixatio. Вып. на 17-й день.	Безлихорадочное. Вып. на 17-й день.	Пак. пишеть: "17. XII 93 родила зороваго ребенка: въ наст. вр. чувствую себя вполнѣ здоровой".	cf. табл. № 95.



№ по порядку	№	Имя. Возраст.	Анамнез. Симптомы.	Status и диагноз.	Операция.	Течение.	Состояние при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія.	
								Субъективно.	Объективно.
52.	825.	A. S.	I роды 12 л. наз. Лихора- дочн. послѣрод. періодъ. Менсе- съ сильными болями въ кре- стцѣ и животѣ, Нуретроphia por- тивіи et cervicis. Pelveoperitonitis duplex.	Промежн. не по- вреждена, очень влаж. Выворотъ обильнѣ стѣнокъ влагалища. Pro- lapsus port. uteri.	Castrat. sinistra (Hydrosalpinx). Ventrifixatio. Оп. ассистентъ.	3 дня по вечерамъ до 38° 3. Вып. на 16-й день.		Полная работо- способность. Vulva зіастъ и въ Субъективное состояние средняя вла- галища, стѣнка. Хорошо. Со врем. операци не менструиро- вала.	Промежн. 2 смт. Vulva зіастъ и въ ней видна выпав- шая передняя вла- галища, стѣнка. Cystocele. Portio на 5 смт. выше полов. щели. Матка въ положеніи ante- флексіи, припод- нята, спяна съ бр. стѣнкой. Cav. ut. 11 смт. Линейн. рубецъ бр. ст.
	94 95	43 а. п.							Промежн. 2 смт.; на ней ста- можетъ выпав- ший рубецъ. Под- нять. Жалуются на боли въ жи- вотѣ и крестцѣ, ромъ оцущивается и сильныя кровотечения. Выпад. снова образовалось отъ orig. ext. до черевъ. Змѣяца orig. intern. 11 смт. Corp. uteri 4 смт., спяна съ бр. ст.
53.	827.	M. H.	IX род. Men- ses обильны. Пап. безумная. Тя- желой работѣ мѣшаетъ вы- паденіе.	Defectus perinei II gr. Inversio pariet. vag. hyper- troph. Ulcus decub. ad orig. ext. Pro- lapsus totalis uteri retroversi. Cav. ut. 12 смт.	Castratio dextra. Ventrifixatio. Colporrhineor- rhaphia Hegar. Оп. ассистентъ.	Безлихора- дочное. Вып. на 16-й день.		Легкая работа можетъ выпол- нять. Жалуются на боли въ жи- вотѣ и крестцѣ, ромъ оцущивается и сильныя кровотечения. Выпад. снова образовалось отъ orig. ext. до черевъ. Змѣяца orig. intern. 11 смт. Corp. uteri 4 смт., спяна съ бр. ст.	Промежн. 2 смт.; на ней ста- можетъ выпав- ший рубецъ. Под- нять. Жалуются на боли въ жи- вотѣ и крестцѣ, ромъ оцущивается и сильныя кровотечения. Выпад. снова образовалось отъ orig. ext. до черевъ. Змѣяца orig. intern. 11 смт. Corp. uteri 4 смт., спяна съ бр. ст.
	94 95	48 а. п.							Промежн. 2 смт.; на ней ста- можетъ выпав- ший рубецъ. Под- нять. Жалуются на боли въ жи- вотѣ и крестцѣ, ромъ оцущивается и сильныя кровотечения. Выпад. снова образовалось отъ orig. ext. до черевъ. Змѣяца orig. intern. 11 смт. Corp. uteri 4 смт., спяна съ бр. ст.
54.	39.	K. Sch.	V род., послѣдн. 5 л. наз. Боли въ крестцѣ и явленія опущ. со времени 1-хъ родовъ. Менсе- очень обильны, 3 недѣли.	Inversio totalis pariet. vag. Retro- flexio-versio uteri. Elongatio cervicis. Prolapsus uteri partialis.	Ventrifixatio. Colporrhineor- rhaphia Freund.	На 2-й и 3-й день вечер. t выше 38,0. Далѣе без- лихорадочн. Вып. на 26-й день.		Пад. писать: "Чувствую себя здоровой, за исключениемъ судорогъ въ тѣлѣ. Тяжелой работы выпол- нять не могу".	Промежн. 2 смт.; на ней ста- можетъ выпав- ший рубецъ. Под- нять. Жалуются на боли въ жи- вотѣ и крестцѣ, ромъ оцущивается и сильныя кровотечения. Выпад. снова образовалось отъ orig. ext. до черевъ. Змѣяца orig. intern. 11 смт. Corp. uteri 4 смт., спяна съ бр. ст.
	95 96	47 а. п.							Промежн. 2 смт.; на ней ста- можетъ выпав- ший рубецъ. Под- нять. Жалуются на боли въ жи- вотѣ и крестцѣ, ромъ оцущивается и сильныя кровотечения. Выпад. снова образовалось отъ orig. ext. до черевъ. Змѣяца orig. intern. 11 смт. Corp. uteri 4 смт., спяна съ бр. ст.

55.	65.	E. K.	III род., послѣдн. 17 л. наз. Съ тѣхъ поръ опущеніе. Менопауза 7 л. partialis. Elongatio cervicis.	Defectus perinei II gradus. Inversio vaginae totalis. Prolapsus uteri partialis. Elongatio cervicis.	Ventrifixatio. Colporrhineor- rhaphia Hegar. Оп. ассистентъ.	Безлихора- дочное. Выписана на 18-й день.		Пад. писать, что со времени операци она чувств. себя относительно живота вполне хорошо, и что выпаденія не бываетъ.	Промежн. 4 1/2 смт. Portio норм. вели- чины на норм. родила въ кли- никѣ, роды легкіе. Моча, versii, спяна съ бр. ст. Cavum uteri безъ затруд- нений. Рубецъ бр. ст. линейный.
	95 96	57 а. п.							Промежн. 4 1/2 смт. Portio норм. вели- чины на норм. родила въ кли- никѣ, роды легкіе. Моча, versii, спяна съ бр. ст. Cavum uteri безъ затруд- нений. Рубецъ бр. ст. линейный.
56.	66.	R. Sch.	I роды 1 1/2 года наздѣ. Послѣ- род. пер. лихо- радочн. Явленія опущенія 1 1/2 года.	Промежн. ваялая, не укорочена. Retroflexio-versio uteri. Prolapsus uteri partialis.	Ventrifixatio.	На 4-й и 5-й день t выше 38,0. Выписана на 18-й день.		Самочувствіе вполне хо- рошее. Въ 97 г. родила въ кли- никѣ, роды легкіе. Моча, versii, спяна съ бр. ст. Cavum uteri безъ затруд- нений. Рубецъ бр. ст. линейный.	Промежн. 4 1/2 смт. Portio норм. вели- чины на норм. родила въ кли- никѣ, роды легкіе. Моча, versii, спяна съ бр. ст. Cavum uteri безъ затруд- нений. Рубецъ бр. ст. линейный.
	95 96	20 а. п.							Промежн. 4 1/2 смт. Portio норм. вели- чины на норм. родила въ кли- никѣ, роды легкіе. Моча, versii, спяна съ бр. ст. Cavum uteri безъ затруд- нений. Рубецъ бр. ст. линейный.
57.	76.	E. Sch.	IX род., послѣдн. 12 л. наздѣ. Выпа- деніе 1 годъ; одновременно образовалась и паховая грыжа.	Промежн. цѣла. Inversio vaginae totalis. Prolapsus uteri totalis. Ulcera decub. ad portionem.	Ventrifixatio. Colporrh. ant. Оп. ассистентъ.	Безлихора- дочное. Выписана на 18-й день.		Никакихъ за- трудненій и болей нѣтъ. Утверждаетъ, что можетъ дѣлать только легкую работу ложени ante flexio- (бонгалишенія versio. агрофична. тонка, спяна съ бр. ст. Брюшная стѣнка р. р.	Промежн. 4 1/2 смт. Portio норм. вели- чины на норм. родила въ кли- никѣ, роды легкіе. Моча, versii, спяна съ бр. ст. Cavum uteri безъ затруд- нений. Рубецъ бр. ст. линейный.
	95 96	49 а. п.							Промежн. 4 1/2 смт. Portio норм. вели- чины на норм. родила въ кли- никѣ, роды легкіе. Моча, versii, спяна съ бр. ст. Cavum uteri безъ затруд- нений. Рубецъ бр. ст. линейный.
58.	84.	J. B.	IV род., изъ нихъ 1 со шип- чами. Послѣд- ние роды 13 л. наз. Выпаденіе 4 года.	Inversio vag. total. Prolapsus totalis uteri retroflexi. Cav. uteri 10 смт.	Ventrifixatio. Colporrh. ant. Colporrhineor- rhaphia Hegar. Оп. ассистентъ.	На 2-й и 3-й день веч. t выше 39,0. Далѣе безъ лихорадки. Выписана на 24-й день.		Пад. жалуются на возвращеніе явленія выпаденія, но по- стѣднія не въ такой степени, какъ до опе- рации.	Промежн. 4 1/2 смт. Portio норм. вели- чины на норм. родила въ кли- никѣ, роды легкіе. Моча, versii, спяна съ бр. ст. Cavum uteri безъ затруд- нений. Рубецъ бр. ст. линейный.
	95 96	41 а. п.							Промежн. 4 1/2 смт. Portio норм. вели- чины на норм. родила въ кли- никѣ, роды легкіе. Моча, versii, спяна съ бр. ст. Cavum uteri безъ затруд- нений. Рубецъ бр. ст. линейный.

№ по порядку.	Имя. Возраст.	Анамнезъ. Симптомы.	Status и діагнозъ.	Операція.	Течение.	Состояніе при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія.	
							Субъективно.	Объективно.
59.	95. 95/96	Е. Н. 44 а. н.	III род.; со времени 1-хъ род. ощущение, которое позднѣе улучшалось; пац. по-сле посларий. Со времени послѣдн. род. въ 1890 г. снова выпаденіе.	Ventrixfixatio. Оп. ассистентъ.	На 2-й и 3-й день t = 38,0. Давле безъ лихорадки. Вып. на 17-й день.		Выпаденіе снова наступило 2 года назадъ, и съ тѣхъ поръ пац. неспособна къ работѣ.	Промежн. слабая, 2 смт. Обѣ стѣнки влагалища выпадаютъ, особенно передняя. Cystocele. Portio въ зіающей половой щели. Матка антефлектирована и спаена съ бр. ст. Cav. uteri 12 смт. Брюшная ст. р. р.
60.	100. 95/96	С. Н. 44 а. н.	III род. Говорить, что уже съ 17-лѣтн. возраста страдаетъ выпаденіемъ. Въ теченіе 23 лѣтъ удавалось удерживать выпаденіе при помощи кольца.	Enucleatio myomat. Ventrixfixatio. Colp. ant. Colporperineorrhaphia Freund.	На 1-й и 2-й д. веч. 38° 2. Выписана на 21-й день.		Dr. Lentze пишетъ: „Пац. говоритъ, что не можетъ поднимать тяжелыхъ предметовъ. Другихъ затрудненій не имѣетъ“.	Промежн. 4 смт., Передн. влагал. ст. опускается. Portio на 4 1/2 смт. выше introitus. Матка въ полож. anteflexio-versi, въ состояніи старческой инволюціи, спаена съ бр. по-кровами. Въ нижнемъ углу разръза незначит. грыжа.
61.	115. 95/96	Р. Р. 31 а. н.	III род.; со времени послѣднихъ въ 1890 г. явленія выпаденія и боли въ крестцѣ.	Ventrixfixatio. Colporrh. ant. Colporperineorrhaphia Hegar. Оп. ассистентъ.	Безлихорадочное. Вып. на 18-й день.		Пац. пишетъ: „Состояніе моего здоровья до сихъ поръ превосходно. Вслѣдствіе расхожд. одного шва образ. незнач. грыжа“.	

62.	120.	E. W. 95/96 44 a. n.	V род., изъ нихъ 2 опера-тивныхъ. Со времени послѣднихъ (87) опущеніе. Моченіе и стулъ свободны.	Defectus perinei III gr. Inversio vaginae totalis. Prolapsus uteri retroflexi totalis. Cav. uteri 11 cmт. Ulcus decubit.	Ventrixfixatio. Colp. ant. Colporperineorrhaphia Hegar. Оп. ассистентъ.	Безлихора-дочное. Выписана на 25-й день.	Отпущена съ кольцемъ.	Можетъ испол-нять домашнія работы. Чув-ствуетъ себя вполне хорошо. Мочиспуска-ние, стулъ и menses безъ затрудненій. Menses еще пра-вильны.	Defectus perinei II gr. Промежн. 1 смт. Выпаденіе передней стѣнки влагалища. Cysto-cele въ тусиное яйцо. Portio, губы которой сильно эктропиро-ваны и утолщены, на 3 смт. выше introitus. Матка въ положеніи ante- flexio-versi и спаена съ брюшн. покрывами. Cav. uteri 12 1/2 cmт. Брюшн. стѣнка зажила р. р.
63.	175.	P. D. 95/96 42 a. n.	VIII род.; послѣдніе 8 л. назадъ. Выпа-деніе впервые замѣчено 7 л. назадъ. Безъ репозицій моче-испусканіе не-возможно. Сильныя боли.	Inversio vaginae totalis. Cystocele permagna. Prolaps. uteri retroflexi totalis.	Ovariectomy sinistra. Ventri- fixatio. Colpo- perineorrhaphia Hegar.	На 2-й день веч. t = 38,2. Выписана на 17-й день.	Никакихъ болѣе совер-шенно. Полная работоспособ-ность, несмотря на снова насту-пившее неболь-шое выпаденіе. Menses регу-лярны.	Промежн. слабая, 3 смт. Vulva широка. Промежн. только кожная. Cystocele. Выпа-деніе передней отечной стѣнки влагалища. Portio на 6 смт. выше introitus, гипер-трофирована. Матка антефлек-тирована, припод-нята, спаена съ бр. ст. Cav. uteri 12 cmт. Cervix длинна и тонка. Брюшной разръзъ зажилъ р. р.	

№ по порядку	Имя. Возраст.	Анамнез. Симптомы.	Status и диагноз.	Операция.	Течение.	Состояние при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія.	
							Субъективно.	Объективно.
64.	182. 95,96	64. W. R. 45 а.п.	III род., послѣднѣе 8 л. назадъ. Выпадение 20 л., и со времени перитифита, бывш. 17 л. назадъ, особенно сильно. Затрудненіе мочеиспусканія.	Prolapsus pariet. vag. ant. et post. Prolaps. part. uteri. Retroflexio-versio uteri. Cystocele. Rectocele. Cav. ut. 10 1/2 cm.	Ventrixfixatio. Colporrhineorrhaphia Hegar.	Безлихорадочное. Выписана на 18-й день.	Cavum uteri 8 1/2 cm.	Самочувствіе и работоспособность вполне хорошия. Моча и стулъ нормальны. Женит. антефлексія, приподнята, двомъ спаяна съ брюшными покровами. Cavum uteri 10 cm. Рубецъ бр. стѣнки линейный.
65.	187. 95,96	65. S. G. 46 а.п.	II род. Явленія опухоли 13 л. наступили вскорѣ послѣ 1-хъ родовъ. Боли въ крестцѣ и животѣ, затрудненіе мочеиспуск.	Defectus perinei II gr. Inversio totalis vaginae. Prolapsus part. uteri. Hypertrophia uteri. Retroflexio-versio. Cystocele. Rectocele. Cav. ut. 13 cm.	Ventrixfixatio. Colporrh. ant. Colporrhineorrhaphia Hegar.	2-й и 3-й д. веч. 38,2. Выписана на 20-й день.		
66.	194. 95,96	66. S. Sch. 34 а.п.	I роды, со шипцами, разрывъ промежности. Послѣ род. сильная боль въ крестцѣ и затѣмъ опущеніе внутр. пол. органовъ. Menses весьма обильны, 7 дней, болѣзненные.	Defectus perinei II gr. Inversio totalis vaginae. Prolapsus partialis uteri retroflexi. Hypertrophia portionis. Cystocele. Rectocele. Cav. ut. 13 cm.	Alexander-Adam. Colporrhineorrhaphia Freund. Оп. ассистентъ. Послѣ операции portio еще видна.	Матка въ полож. anteфлексіо, еще увеличена. Portio почти за introitus.	Пациентка пишетъ: "Послѣ операціи я здорова и счастлива".	

67.	221. 95,96	67. O. G. 42 а.п.	IX род., послѣднѣе 7 л. назадъ. Опушечіе внутр. полов. органовъ 1 1/2 года.	Промежность вала, не укорочена. Prolapsus portionis. Retroflexio-versio uteri. Hypertrophia portionis.	Ventrixfixatio.	2-й д. в. 38,6. 3-й д. в. 38,2. 5-й д. в. 38,0. Нагноеніе швовъ на протяженіи 6 см. Выписана на 18-й день.	Выписана съ грыжн. стѣй брюш. существовала фистула брюшной стѣнки, закрывшаяся по удаленіи мѣст. Матка въ полож. anteфлексіо, спаяна съ брюш. покр.	Промеж. вала, нѣсколько низка. Незначит. опущеніе передней стѣнки влагалища. Portio на норм. мѣст. Матка въ полож. anteфлексіо, спаяна съ брюш. покр.
68.	309. 95,96	68. J. V. 55 а.п.	VIII род. Выпаденіе, по словамъ больной, образовалось 2 года назадъ, и именно въ послѣдствіе тяжелой работы.	Defectus perinei II gradus. Inversio vaginae totalis. Prolapsus uteri atrophici totalis.	Ventrixfixatio. Colp. ant. Colporrhineorrhaphia Freund. Оп. ассистентъ.	Безлихорадочное. Вып. на 18-й день.	Выписана излѣченной.	Судя по письму, она можетъ выполнять всѣ трудныя работы. Только образовалась грыжа.
69.	310. 95,96	69. A. A. 54 а.п.	IV род., послѣдн. 4 г. наз., съ лихорадоч. послѣд. род. периодомъ, продолжавшимся 6 нед. Вслѣдъ затѣмъ опущеніе матки.	Defectus perinei II gr. Inversio totalis vaginae. Prolapsus totalis uteri retroversi. Uleus decub. ad port. sinistri.	Pylsalpinx sinistra, кругомъ, ерошенія; не актиринов. Ventrixfixatio. Colporrhineorrhaphia Hegar. Оп. ассистентъ.	Безлихорадочное. Выписана на 18-й день.	Рыосалпинх уменьшился до величины куриного яйца.	Полная инверзія влагалища, и въ немъ матка длиной 8 см. Отъ 27. VII. 96 off. urethrae до при изслѣд. края выпавш. орг. вали въ клин. 24 см. Брюшная грыжа величиной норм. границы.
70.	345. 95,96	70. C. B. 46 а.п.	IV род., послѣдн. 16 л. наз. Выпаденіе 1 годъ. Menses правильны.	Defectus perinei II gr. Inversio vaginae totalis. Hypertrophia pariet. vag. Ulcera decub. ad port. sinistri. Cavum uteri 14 cm. Prolapsus partialis uteri.	Ventrixfixatio. Colp. ant. Colporrhineorrhaphia Hegar. Оп. ассистентъ.	Безлихорадочное. Выписана на 18-й день.	Dr. T.: "Весьма мало работоспособна. Боли въ животѣ. Затрудненіе мочеиспуск. и стула".	Промеж. 3 см., очень вала. Выпаденіе обихъ стѣн. влагалища. Portio видна въ половой щели. Матка соединена перемычкой съ брюшной стѣнкой.

№ по порядку	Журналъ	Имя. Возрастъ.	Анамнезъ. Симптомы.	Status и діагнозъ.	Операция.	Течение.	Состояние при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія.	
								Субъективно.	Объективно.
71.	346. 95/96	Е. А. 32 а. п.	V род., послѣдн. 4 года наз. Выпадение 1 годъ. Мочеиспуск. и стулъ не затруднены.	Prolapsus vag. uteri. Cav. uteri 12 cm.	Ventrifixatio. Ол. ассистентъ.	2-й д. веч. 38.4. Выписана на 19-й день.		Пад. шпигель: „Лѣчение не дало улучшенія и все осталось по старому“.	
72.	372. 95/96	Ж. Т. 25 а. п.	III род. Со времени послѣдней беременности выпадение.	Defectus perinei II gr. Inversio partial. pariet. vag. ant. et post. Prolapsus partial. uteri. Cav. uteri 12 1/2 cm. Retroflexio-versio uteri.	Ventrifixatio. Colporrhineorrhaphia Hegar. Ол. ассистентъ.	На 11-й день веч. 39.0. Остальные дни безъ лихорадки. Выписана на 19-й день.		Послѣ операции были роды, совершившіеся легко. Со времени род. снова опущение половыхъ органовъ.	Разрывъ промежности 2-й степ. Выпадения обихъ стѣнокъ. Матка въ полож. anteversio, спаяна съ брюшн. покр. Линейн. рубецъ брюшн. ст.
73.	354. 95/96	Е. С. 22 а. п.	II род.; со времени послѣднихъ опущение. Menses 4—5 дн., сильная dysmenorrhoea.	Defectus perinei II gr. Inversio totalis pariet. vag. hypertroph. et oedemat. Prolapsus uteri retroflexi. Cav. uteri 14 cm. Tumor ovarii sinistri.	Ovariectomy sinistra. Ventrifixatio. Colp. ant. Colporrhineorrhaphia Hegar. Ол. ассистентъ.	Безлихорадочное. Выписана на 19-й день.			
74.	373. 95/96	М. В. 49 а. п.	V род. Выпадение 26 лѣтъ. Менопауза 4 мѣсяца.	Defectus perinei II gr. Inversio pariet. vag. hypertroph. totalis. Prolapsus uteri retroversi partialis.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colporrhineorrhaphia Hegar.	Безлихорадочное. 2 шва про-разданы. Некрозъ брюшныхъ покрововъ. Выписана на 28-й день.	Выписана съ небольшимъ дефектомъ брюшнаго покрова. Промежность высокая и крѣпкая.	Пад. жалуются на сильную боль въ животѣ.	Очень большая грыжа. Выпадения полов. орг. нѣтъ. Положеніе матки вслѣдствіе сильныхъ болей не опредѣлимо.

75.	400. 95/96	Р. В. 47 а. п.	VI род.; послѣдн. 19 л. наз. съ лихорадкой. 2 раза ручное отдѣленіе послѣд. Выпадение 24 года; 7 лѣтъ особенно сильно.	Defectus perinei II gr. Inversio pariet. vag. hypertroph. totalis. Ulcera decub. Prolapsus uteri totalis. Cav. uteri 13 cm.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colporrhineorrhaphia Hegar.	Безлихорадочное. Выписана на 35-й день, такъ какъ на промежность потребовался вторичный шовъ.	Выписана излѣченной.	Пад. сообщаетъ, что со времени выхода изъ клиники она чувствуетъ себя вполне хорошо.	
76.	430. 95/96	А. Ф. 37 а. п.	III род. Выпадение 11 лѣтъ, послѣдн. 1-хъ род. Menses весьма болѣзненны и крайне нерегулярны.	Prolapsus pariet. ant. hypertroph. et oedemat. longitudo 6 cm.; pariet. post. 5 cm. Prolapsus pariet. uteri. Retroflexio-versio uteri hypertroph.	Ventrifixatio. Colporrhineorrhaphia Freund. Kustner.	Безлихорадочное. Вып. на 16-й день.	Излѣчена.	Dr. K.: „Пад. чувствуетъ себя вполне хорошо, за исключеніемъ 10 см. выше пояса наступившихъ ловой щели. Выпадение 2 мѣс. назадъ деня влагалища климатическихъ недомоганій“.	Матка въ полож. anteversio, спаяна съ брюшн. ст. Portio около 10 см. выше пояса ловой щели. Выпадение 2 мѣс. назадъ деня влагалища климатическихъ недомоганій“.
77.	478. 95/96	М. Р. 34 а. п.	II род., изъ нихъ одни съ щипцами. Съ тѣхъ поръ опущение полов. орган. Menses очень болѣзненны.	Defectus perinei totalis; 1 1/2 cm. pariet. recti desunt. Inversio pariet. vag. totalis. Hypertroph. et oedema pariet. vag. Prolapsus uteri part. Retroflexio-versio uteri.	Ovariectomy dextra. Ventrifixatio. Colporrhineorrhaphia Kustner.	Безлихорадочное. Вып. на 20-й день.	Со времени операции чувствуетъ себя вполне хорошо.		
78.	481. 95/96	Е. К. 39 а. п.	Nullipara. Одинъ выкидышъ 2-хъ мѣс. Съ тѣхъ поръ опущеніе полов. органовъ. Мен-холь, недходящая на 1 1/2 попере-ченны, неправильны.	Inversio vaginae. Prolapsus pariet. virginilis. Въсто матки твердая узловатая опущеніе полов. органовъ. Мен-холь, недходящая на 1 1/2 попере-ченны, неправильны.	Ventrifixatio uteri myomatosi. Матка почти не смѣстима кверху.	Безлихорадочное. Некрозъ бр. покровов. Вып. на 28-й день.	Фистула въ очень жирной брюшной ст. Orig. ext. на уровнѣ половой щели.		



№ п/п	№ Журнала	Имя. Возраст.	Анамнез. Симптомы.	Status и диагноз.	Операция.	Течение.	Состояние при выпискѣ.	Результаты исследования.	
								Субъективно.	Объективно.
79.	483.	E. Sch. 40 a. n.	IV род., со времени послѣд-нихъ, бывшихъ 11 л. назадъ. vag. Prolapsus totalis. Менопауза 2/3 года.	Inversio totalis vag. Hypertrophia et oedema pariet. uteri.	Ventrixfixatio. Colpokl. mediana. Neugebauer-Lefort.	2-й д. в. 38.0. Вып. на 19-й день.	F. Sch. пишетъ: "Такъ какъ я со времени операціи здорова, то новое исследование является излишнимъ".		
80.	492.	B. N. 53 a. n.	IV род., послѣдн. 4 г. наз. Выпадение 2 года.	Inversio vag. Prolapsus partial. uteri.	Ventrixfixatio. Colpokl. mediana. Neugebauer-Lefort.	2-й д. в. 38.0. 3-й д. в. 39.0. дайте безлихора-дочно. Некрозъ бр. покрововъ. Вып. на 18-й день.	D. N. сообщаетъ, что пац. счита-етъ себя со-вершенно излѣ-ченной отъ прежняго стра-данія и чувств. себя хорошо.		
81.	500.	A. F. 34 a. n.		Prolapsus uteri totalis. Defectus perinei II.	Ventrixfixatio. Colporrhaphia bilateralis Winkel.	Безлихор. При пере-вязкѣ на 4-й день въ нижнемъ углу раны сальникъ. Выписана на 34-й д.			
82.	517.	L. H. 44 a. n.	VIII род., послѣдн. 4 г. наз., съ тѣхъ поръ опущение. Боли въ крестцѣ.	Defectus perin. I. Prolapsus uteri partialis.	Ventrixfixatio. Colporrhaphia bilateralis Winkel.	1-й д. в. 38.0. 3-й д. в. 38.0. Загѣмъ без-лихор. Не-значит. на-гноение раны. Вып. на 17-й д.			

83.	569.	B. G. 56 a. n.	VI род.; послѣдн. 17 л. наз. Forcers. Съ тѣхъ поръ опущение и наконецъ выпадение. Менопauза 6 лѣтъ.	Prolapsus totalis uteri retroflexi. Ulcera decub. ad port.	Ventrifixatio. Colporrhaphia.	2-й д. в. 38.6. 3-й д. в. 38.2. 4-й д. в. 38.2. Нагноение бр. стѣнки. Вып. на 17-й день.	Хорошее состояние, за искл. неприятной мокроты изъ фистулы и падение передней значительн. отеочной стѣнки затрудненій влагалища. Portio грыжи. Работона 5 смт. выше сносна. Мочеиспуск. и стулъ нормальны.	Промежн. вянута, низка. 3 смт. Очень короткіе рубцы отъ colporrh. Выпадение передней изъ фистулы и падение передней значительн. отеочной стѣнки затрудненій влагалища. Portio грыжи. Работона 5 смт. выше сносна. Мочеиспуск. и стулъ нормальны.	Брюшная грыжа вѣличину татера. Паховая грыжа.
84.	587.	E. L. 39 a. n.	V род., всѣ со щипами. 3 года явленія выпадения.	Prolapsus pariet. vag. partialis. Prolapsus portio-neri. Retroflexio- versio uteri.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colporrhaphia Freund.	Безлихор. Вып. на 17-й день.	Фистула въ нижнемъ углу раны. Большая дефектъ, встѣд-ствие чего выпадение задн. ст. вла-галища.	Хорошее состояние, за исключ. того что она чувств. себя вполнѣ хорошо.	Е. L. сообщаетъ, что она чувств. себя вполнѣ хорошо.
85.	621.	J. Sch. 38 a. n.	III род., первые съ поворотомъ. Выпадение со-врем. первыхъ родовъ.	Prolapsus partialis pariet. vag. ant. et post. Prolaps. part. uteri. Retroversio- flexio uteri.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colporrhaphia.	2-й д. в. 38.2. 3-й д. в. 38.0. Вып. на 17-й день.	Хорошее заживление.	Паци. 2 года наз. родила легко, съ тѣхъ поръ она чувств. небольшая опущение, но ни-какихъ затруд-неній не имѣетъ.	Descensus передн. ст. влагалища. Матка въ полож. антеверзи спаяна съ бр. ст. Portio на 6 смт. выше полов. щели. Линейной рубецъ бр. ст.

№ по порядку	Имя, Возраст.	Анамнезъ, Симптомы.	Status и диагнозъ.	Операция.	Течение.	Состояніе при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія.
86.	650. 95/96	III род.; послѣдн. 33 г. наз. Съ тѣхъ поръ явленія выпаденія. Сильныя боли въ крестцѣ и животѣ. Безъ репозиціи мочеиспусканіе невозможно.	Inversio vaginae. Prolapsus part. uteri. Retrofl.-versio perineorrhaphia uteri.	Ventrixfixatio. Colp. ant. Colporrhaphia Freund.	2-й д. веч. 38,2. Бронхитъ. Выписана на 17-й день.	Промежн. въ срединѣ разогласъ; осталась только перемычка.	Мужъ пад. пишетъ. Послѣ операции моя жена здорова, никакихъ затрудненій и болей не имѣетъ.
87.	671. 95/96	II род., послѣдн. 2 г. наз. съ поворотомъ. Послѣ родов. періодъ сальная оедема въ брюшн. пол. 14 дн. Съ тѣхъ поръ выпаденіе обонхъ придатковъ. Опухоль Микр. изсл. показ. streptosoc. Amputatio uteri supravaginalis et ventrixfixatio cervicis.	Inversio vaginae totalis. Cav. uteri 17 cm. Retroflexio-тѣхъ, трубы вылитается тной	Salpingotomia duplex. Изъ тѣхъ, трубы вылитается тной	на 3-й день.	Peritonitis.	
88.	674. 95/96	II род., послѣдн. 7 мѣс. наз. Выпаденіе нѣскольکو лѣтъ.	Prolapsus pariet. ant. vag. Retrofl.-versio uteri. Prolapsus portionis.	Ventrixfixatio. Colp. ant. Colporrhaphia.	Безлихора- дочное. Вып. на 24-й день.	На промеж- ности фистула.	

89.	683. 95/96	I роды. 1 1/2 года назадъ, циппы, разрывъ пром., съ тѣхъ поръ выпаденіе. Fluor, боли въ крестцѣ. Сильное затрудненіе менструаціи 1 годъ.	Inversio totalis pariet. ant. vag. Prolapsus partial. uteri retroflexi. Cav. uteri 15 cm. Ulcera decubit. Длина выпаденія 9 cm., ширина 7 cm.	Ventrixfixatio (матка почти не увеличена). Colp. ant. Colporrhaphia. Hegar.	Безлихора- дочное. Вып. на 17-й день.	Мужъ пад. пишетъ, что его жена со врем. операц. чувств. хорошо; только во время менструаціи, каждыя 4 нед., чувств. она давленіе внизъ.	
90.	689. 94/95	I р. 6 лѣтъ назадъ. Лихорадочн. послѣдн. род. періодъ. Съ тѣхъ поръ постепенно развивалось выпаденіе. Molimina menstrualia.	Prolapsus totalis uteri retroflexi. Cav. uteri 11 cm. Prolapsus totalis vaginae. Oedema portio. Ulcus decubitale.	Ventrixfixatio. (Захвачено очень мало ткани матки). Colp. ant. Colporrhaphia Hegar. Опл. ассистентъ.	4 дня по вечерамъ 38,0° и 39,0. Бронхитъ, за два дня до операции 38,2. Вып. на 24-й день.	Мѣсяцевъ Промежн. 5 cm. черезъ 6 послѣ Oper. ext. на 7 cm. операции по- выше introitus въ явилось не- задн. влаг. сводѣ. большое выпад. Матка круто анте- деце. Cf. клин. вертикальная журн. № 31. длиннымъ шнуромъ выпад. задн. ст. съ бр. ст. Cav. 7 cm. влагалищ. рубецъ бр. стѣнки.	
90.	689. 94/95	J. R. 36 a. n.				увеличенная portio. Матка найдена въ норм. полож. Теперь пад. чувств. себя вполне хорошо и выполняетъ тяжелья работы. Мен- струаціи нормальны.	


Имя. Возраст.	Анамнез. Симптомы.	Status и диагноз.	Операция.	Течение.	Состояние при выпискѣ.	Результаты исследования. Субъективно.	Объективно.
91.	711. 95,96	III род.; первые съ разр. про- межи, который остался неза- шитымъ. Выпа- дение съ 1885 г. Incontinentia urinae.	Defectus perinei II. Prolapsus uteri partial Ventrifixatio. Colp. ant. Colporrhineor- rhaphia.	Безлхор. Некрозъ брюшныхъ покрововъ. Вып. на 24-й день.	За исключе- нiемъ затруд- нений отъ фистулы, пац. ощущенiе передъ чужд. влаг. ст. и неболь- шое cystocele. Portio на 4 смт. испускание и выше полов. щели. Матка въ положен- и антеверзин, спаива- ется бр. ст., припод- нята. Въ нижнемъ углу раны фисту- ла. Грыжи нѣтъ.	Промежн. 4 1/2 смт. При сильн. давле- нии незначит. опу- щенiе передъ чужд. влаг. ст. и неболь- шое cystocele. Portio на 4 смт. испускание и выше полов. щели. Матка въ положен- и антеверзин, спаива- ется бр. ст., припод- нята. Въ нижнемъ углу раны фисту- ла. Грыжи нѣтъ.	
92.	760. 95,96	III род., при 2-хъ разрывѣ промежности; послѣдн. роды 6 л. наз. Съ трудными мenses и за- тѣмъ выпаден- іе.	Defectus perinei II. Inversio totalis pariet. vag. ant. Prolapsus uteri retroflexi partialis. Oedema portionis.	2-й д. в. 38,0. На 9-й день удалены промежн. швы. Пром. заятъ. Вто- ричн. шовъ. Выписана на 30-й день.	Промежн. Полная работо- способность и хорошее само- ощущеніе.	Промежн. 4 смт. Матка антефлек- тирована и откло- нена влѣво, при- поднята, спаива- ется бр. стѣнкой. Влагалище нор- мально. Линейный рубецъ брюшн. стѣнки.	
93.	24. 96,97	IV род. Выпадение со времен. 3-хъ род.; теперь стало хуже. Затруд- неніе моче- испуск. и стула. Menses нор- мальные.	Defectus perinei II. Inversio vag. totalis. Prolapsus uteri totalis. Tumor не экстирпи- рованъ. Ventrif- ixatio. Colp. ant. Colporrhie- orrhaphia. Оп. ассистентъ.	4 дня отъ 38,0° до 39,0. Вып. на 17-й день.			



въ мартѣ 1897 г.

94.	51. 96,97	X род., произ- вольн. Постъ- род. періоды нормальны. Въ 1895 г. въ кли- никѣ произве- дена операция, результатъ съ прав. стор. матки ощу- щается опухоль. № 72. — вскорѣ послѣ которой выпадение об- разовалось снова.	Выпадение 10 смт. Amputatio por- tionis. Colp. ant. Colporrhineor- rhaphia Hegar. Cysto- pexia. Постъ- род. періоды нормальны. Въ 1895 г. въ кли- никѣ произве- дена операция, результатъ съ прав. стор. матки ощу- щается опухоль. № 72. — вскорѣ послѣ которой выпадение об- разовалось снова.	Безлхора- дочное. Вторичный шовъ на промежн. Вып. на 27-й день.	Выписана излѣченной.		
95.	111. 96,97	Сильная боли въ животѣ 4—5 лѣтъ, при- чиняемъ выпаден- іемъ под. орг.	Prolapsus totalis vag. et uteri. Hypertrophia portionis.	Ventrifixatio. Neugebauer- Lefort.			
96.	191. 96,97	XI род., по- слѣдн. 6 л. наз. 3 года явленія partialis uteri retro- flexi. Hypertrophia portionis.	Vaginaefixatio. uteri. Colp. ant. Colpor- rhineorrhaphia Freund.	Безлхора- дочное. Вып. на 15-й день.	Сильная се- креція. Вы- падение на 15-й послѣ опера- ціи влага- лица.	Никакихъ за- труднений. 4 1/2 смт. крѣпкая. Полная работо- способность. Моче- испускание и стулъ нор- мальные.	Прожекция Матка въ полож. антефлексии- верзи спаива- ется передней влаг. ст. Незначит. cysto- cele.
97.	219. 96,97	IV род., по- слѣдн. 20 л. назадъ. Выпа- деніе 9 л. 4 года назадъ — col- porrhaphia; затѣмъ реци- дивъ.	Prolapsus uteri to- talis. Uterus descen- dit ad orif. ext.	Ventrifixatio.	Хорошее закрѣпленіе.	Субъективн. Выпаденіе состояніе вполнѣ удовлетворитель- но. Leuc. cystocele. Portio на работы пац. 5 смт. выше introi- tus. Матка анте- флексирована, испускание и стулъ нор- мальные.	Выпаденіе состояніе вполнѣ удовлетворитель- но. Leuc. cystocele. Portio на работы пац. 5 смт. выше introi- tus. Матка анте- флексирована, испускание и стулъ нор- мальные.

№ по порядку	Имя. Возраст.	Анамнез. Симптомы.	Status и диагноз.	Операция.	Течение.	Состояние при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія.
98.	Р. J. 96 97 28 a. n.	II род. Постъ-род. періоды 4—6 нед. Со врем. постърод. род., 1 годъ наз., выпаденіе пол. органовъ.	Prolapsus partial. pariet. vag. ant. Prolapsus portionis uteri. Retroflexio versio uteri.	Ventrifixatio. Крестообразный разрьзъ надъ symphysis. Colporrh. ant. Colporerineorrhaphia.	Безлихорадочное. Выписана на 18-й день.	Матка прощупывается сверху. Промежи въ верхн. частяхъ нѣсколько разошлась.	Пац. пишетъ, что чувств. себя вполне хорошо и только тяжелой работой не можетъ дѣлать.
99.	В. К. 96 97 44 a. n.	II род., по-слѣдн. 5 л. наз. Съ тѣхъ поръ сначала ощущеніе, затѣмъ выпаденіе. Боли въ крестцѣ и лѣвой сторонѣ.	Prolapsus vag. et ut. partialis. Retroflexio-versio uteri. Cav. uteri 10—11 cm.	Vaginaefixatio. Colp. ant. Colporerineorrhaphia.	Безлихорадочное. Выписана на 15-й день.	Рана хорошо зажила.	Безъ пессарія сильная затрудненія. Высокая промежн. Матка мала, спаяна съ передн. стѣнк. влагалища. Выпаденіе всей передней стѣнки вмѣстѣ съ маткой, удерживаемое по-мощью пессарія.
100.	L. W. 96 97 25 a. n.	I роды въ 1894 г., щипцы, разрывъ промежности. Выпаденіе 2 года. Пессарій не помогаетъ.	Prolapsus uteri partialis.	Крестообр. разрьзъ надъ symphysis. Ventrifixatio. Colporerineorrhaphia.	Безлихорадочное. Некрозъ брюшного покрова. Выписана на 17-й день.		

101.	J. P. 96 97 52 a. n.	I роды 30 л. назаль. Выпаденіе 20 лѣтъ. Попытки репозиціи напрасны. Менопауза.	14. VI. По вскрытіи бр. пол. опредѣляется, что петли кишекъ вращены между собой. съ бр. ст. и придатками, Exitus на 24-й день. Экскудаты въ брюшн. полости.	Постъпервой операциі — безлихорадочное. Постъвторой — sepsis. Exitus на 24-й день. Экскудаты въ брюшн. полости.			
102.	K. H. 96 97 66 a. n.	VI род., двое оперативн. Постъ 3-хъ ли-пидочн. постърод. періодѣ. Выпаденіе 23 года. Сильныя затрудненія. Менопауза 19 лѣтъ.	Inversio totalis vag. Prolapsus totalis uteri retroversi. Cavum uteri 8 cm.	Ventrifixatio. Colporrhaphia anterior. Colporerineorrhaphia.	Незначит. повыш. t. Абсцессъ бр. ст. Промежностный шовъ разошелся. Выписана на 22-й день.	Гранулирующая рана бр. ст. Промежностъ не зажила.	Черезъ 6 нед. постъ опер. снова ощущение, но далеко не такъ велико, какъ прежде. Задрюженный бр. ст. инуркомъ. отъ выпаденія бр. ст. на брюшн. ст. руникахъ не бѣтъ. Грыжи нѣтъ.
103.	P. K. 96 97 32 a. n.	IV род., послѣдн. въ 95 г. Выпаденіе, по словамъ пац., наступило сразу, встѣдствіе сильнаго напряженія.	Defectus perinei II. Inversio totalis vag. Prolapsus totalis uteri retroflexi. Cav. uteri 13 cm.	Крестообр. разрьзъ надъ symphysis. Colporrh. ant.	Безлихорадочное. Выш. на 17-й день.	Валикъ мочевого канала еще виденъ въ под. щели. Матка спаяна. Рубецъ бр. стѣнки гладкій.	Пац. можетъ выполнять при нагуживаніи работу, причѣмъ незначит. выпаденіе ее не затрудняетъ. Матка въ полож. anted-versio спаивается на съ передн. бр. ст. Cav. 9 1/2 cm. Линейн. руб. бр. ст.

Промежн. 1 1/2 cm.  
Почти полное выпаденіе передн. и задн. стѣнки влагалища. Удлиненная матка находится въ какъ прежде. выпавшей воронки, соединена съ бр. ст. инуркомъ. На брюшн. ст. руникахъ не бѣтъ. Грыжи нѣтъ.

Пром. 1 cm.  
Полов. щель зияетъ и въ ней при нагуживаніи видна передн. ст. влагалища. Незначит. cystocele. Portio надъ introitus. Матка въ полож. anted-versio спаивается на съ передн. бр. ст. Cav. 9 1/2 cm. Линейн. руб. бр. ст.

№ по порядку	Имя, возраст	Анамнез, симптомы	Status и диагноз	Операция	Течение	Состояние при выпискѣ	Результаты изслѣдованія
104.	427. S. O. 96 97 31 а. п.	IV род., послѣдн. 1 1/2 года назад. Выпадение со врем. 1-хъ род. Затрудненіе мочеисп. Менсесъ каждыя 4 нед. по 3 дня.	<i>Prolapsus partialis Colp. ant. Colporrhineorrhaphia.</i> <i>Retroflexio-versio uteri.</i>	<i>Ventrixfixatio Colp. ant. Colporrhineorrhaphia.</i>	3 дня выше 38 ° 0. Бронхитъ. Выписана на 20-й день.	По выходѣ изъ клиники сильныя боли въ ногѣ. Другихъ затрудненій не имѣла.	Graviditas mens. VI. Выпаденіе влагалищ. Portio нѣтъ на нормальномъ для нея мѣстѣ, очень высоко сзади. Линейн. руб. бр. ст.
105.	476. A. M. 96 97 48 а. п.	V род., послѣдн. 11 л. наз. <i>Prolapsus</i> прежде удерживался пессаріемъ. 1 г. наз. была оперирована. Кратковрем. улучш.	<i>Prolapsus partialis.</i> (Другихъ свѣдѣній не имѣется.)	<i>Ventrixfixatio.</i>		Dr. Heise: Пром. 2 смт. Передн. ст. влагалища. Portio на 5 смт. выше полов. щели. Матка въ полож. антефл. спаяна съ бр. покровами.	Пром. 2 смт. Передн. ст. влагалища. Portio на 5 смт. выше полов. щели. Матка въ полож. антефл. спаяна съ бр. покровами. Руб. бр. ст. линейн.
106.	554. B. B. 96 97 37 а. п.	Карлица, всегда очень боѣзлива. Со времени настоящей менструаціи 18 л. наз. развитіе выпаденія. Сильное затрудненіе мочеиспусканія. Пушная пузыря и влагалищ.	Полная инверсія влагалища. Въ воронкѣ маленькая матка, окруженная пузырями, тѣлая пухолью, которая послѣ катетеризаціи оказалась мочевымъ пузыремъ. Подъ наружнымъ репозіціей удаётся не вполнѣ, такъ какъ козозмъ репозіціи лоссально служенный тазъ представляетъ препятствіе для матки.	7. X. <i>Ventrixfixatio uteri.</i> 5. X. <i>Neugebauer-Lefort</i>		Чувств. себя хорошо. Менсесъ нѣтъ. Незначит. безболѣзненные.	Полов. щель зияетъ. Промѣжность низка, неправильныя и да. Незначит. выпаденіе влагалищ. Влагалище въ срединѣ на протяженіи 3 смт. зарощено. Слѣва отверстіе проходимо для 2 пальцевъ. Матка въ полож. антефл. верзін, мала, отклонена вправо, инуркомъ соединена съ тазомъ. Руб. бр. ст. линейн.

107.	612.	L. F. 96 97 47 a. n.	VII род.; один щипец; 1 послерод. периодъ съ 4-хъ недельной лихорадкой. Съ тѣхъ поръ выпаденіе. 12 л. наз. носила кольцо, безплодно. Затрудненіе мочеисп. и стула.	Крестообр. разрывъ надъ Symphisis. Ventrifixatio. Colp. ant. Colporrhineorrhaphia Hegar.	Безлихорадочное.	Матка лежить хорошо. Пром. хорошо зажила. Личейный рубецъ брюшн. стѣнки.	Несмотря на незначит. выпаденіе, пац. довольна своимъ состояніемъ. Полная работоспособность. Meneses регулярны.	Промежн. 5 смт., Передняя стѣнка влагалища видна въ полов. щели. Portio отечна, на 3 смт. выше introitus. Матка въ полож. ante flexio versio, передней поверхностью спаяна съ бр. ст. Cavum uteri 10 смт. Линейн. рубецъ брюшн. ст.
108.	616.	M. Sch. 96 97 30 a. n.	I роды 8 л. наз. Съ тѣхъ поръ выпаденіе. Операция влагалища 7 л. наз. въ Бреславской клиникѣ. 2 мѣс. наз. репозиция. Выпаденіе 17 смт. стала невозможной. Частые позывы на мочеиспуск.	16. XI. Ventrifixatio. 5. XII. Colporrhineorrhaphia Freund.	Безлихорадочное. Выписана на 30-й день.	Промежн. хорошо зажила. Матка въ анфлексии. Portio еще отечна.	Субъективно вполне хорошее состояніе и полная работоспособность. Мочеиспуск. и стулъ нормальны. Cav. uteri 10 1/2 смт. Менeses правильны.	Промежн. 6 смт. Незначит. опущ. передней ст. влаг. Portio сзади, матка въ полож. ante flexio, спаяна съ бр. ст. Линейный рубецъ брюшной стѣнки.
109.	706.	M. B. 96 97 36 a. n.	V род., послѣдн. 2 года наз., и съ тѣхъ поръ, по слов. пац., существовало выпаденіе. Послѣ род. пер. по 14 дней, по причинѣ слабости. Meneses 4—5 дней.	Ventrifixatio. Colporrhineorrhaphia.	2-й и 3-й д. веч. 38.0. Вып. на 17-й день.	Брюшная рана и промежность зажили.	Хорошее самочувствіе и полная работоспособность. Менeses, стулъ и опущеніе передней мочеиспуск. со ст. влаг. Portio на 6 смт. выше introitus. Uter. gravidus малъ. По слѣдн. регулы жени ante flexio, 3 мѣс. назадъ.	Хорошее самочувствіе и полная работоспособность. Менeses, стулъ и опущеніе передней мочеиспуск. со ст. влаг. Portio на 6 смт. выше introitus. Uter. gravidus малъ. По слѣдн. регулы жени ante flexio, 3 мѣс. назадъ.






№№ по порядку	Журналы	Имя, Возраст.	Анамнезъ, Симптомы.	Status и діагнозъ.	Операция.	Течение.	Состояніе при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія. Субъективно.	Объективно.
115.	778. 96 97	О. Ф. 66 а. п.	У род., изъ нихъ одни съ щипами и септическ. послѣдств. род. периодомъ. 3 года назадъ боли въ крестцѣ и выпаденіе. Затрудненіе со стороны пузыря.	Prolapsus totalis. Rectocele.	Ventrixfixatio. Colp. ant. Colporrhineorrhaphia.	Нѣсколько дней выше 38.0. Выписана на 19-й день.	Вполнѣ хороша само-чувствіе и работоспособность, несмотря на грыжу.	Промежн. 5 смт. Portio высоко-сзади. Матка маленкая, старческая, спаяна съ бр. ст. Никакого выпаденія нѣтъ. Брюшная грыжа въ 10 смт. въ діаметрѣ.	
116.	813. 96 97	Ch. В. 20 а. п.	Nullipara. 1 годъ назадъ унала, съ тѣхъ поръ боли въ крестцѣ и явленія опущенія.	Prolapsus totalis vag. hypertroph. Prolapsus totalis uteri.	Ventrixfixatio. Colporrhineorrhaphia.	Безлихорадочное. Выписана на 15-й день.	Вполнѣ хорошее само-чувствіе. При очень тяжелой работѣ незна-чит. боли. Мен-сесъ неболь-шими порціями.	Промежн. 5 смт., изъ нихъ 1 1/2 смт. приходится на кожную промежн. Передняя ст. влагалища выпадаетъ. Portio на 6 смт. выше полов. щели. Матка въ антефлексіи, приподнята, спаяна съ бр. ст. Cav. uteri 11 смт.	
117.	824. 96 97	J. M. 47 а. п.	II род. достѣдн. 11 л. наз. Выпаденіе 3 года. Боли въ животѣ. Затрудненіе мочеиспуск.	Prolapsus uteri. Cystocele. Rectocele.	Ventrixfixatio. Colp. ant. Colporrhineorrhaphia Hegar.	3-й д. в. т. 39.0 заѣмъ безлихорадоч. Вып. на 19-й день.	„Моя болѣзнь не улучшилась. Я еще не могу работать“.		





118.	838. 96/97	45 а. л.	VII род., всегда длинные послѣрод. пе- риоды. Постыд- ные роды 4 г. назадъ. Выпадение нѣ- сколько лѣтъ. Боли въ жи- вотѣ. Затрудн. мочеиспуск.	<i>Prolapsus uteri retroflexi.</i>	<i>Abrasio. Vaginaefixatio. Colporrhineor- rhaphia.</i>	Безлихора- дочное. Выписана на 15-й день.	Промежн. хорошо за- жита. Матка въ анте- флексии, фи- ксирована.	Хорошее само- чувствіе. При тяжелой работѣ лице очень ко- роко. Выпадение позадней ст. влагали- щны. Матка въ антефлексии, спо- растна съ влагали- щемъ, очень глу- боко стоитъ. <i>Portio</i> на 4 смт. позади <i>vulva</i> , отечна.
119.	839. 96/97	31 а. л.	I роды 3 года назадъ, со щип- цами. Выпа- дение со вре- мени родовъ. Мenses по 4 дня. Сильныя боли.	<i>Ruptura perinei III. Prolapsus uteri partialis. Hyper- trophia portionis. Retroversio uteri.</i>	<i>Ventrifixatio. Episioplastika.</i>	Безлихора- дочное. Выписана на 17-й день.	Матка лежитъ хо- рошо, соеди- нена съ бр. ст. Промежн. хорошо за- жита.	
120.	6. 97/98	51 а. л.	VII род., по- слѣдніе 7 лѣтъ наз., и съ тѣхъ поръ выпадение моче- испускания. Менонпауза 3 г.	<i>Inversio vag. totalis. Prolapsus uteri retroflexi. totalis. Rectocele.</i>	<i>Ventrifixatio. Colp. ant. Colporrhineor- rhaphia.</i>	Безлихора- дочное. Вып. на 17-й день.	Промежн. плохо за- жита, соединена вто- рично швомъ.	При очень тяжелой работѣ болитъ животъ, по словамъ пациѣнтки. Промежн. 2 1/2 смт. При натуживаніи незначит. выпад. передней стѣнки влаг. Незначит. <i>cystocele</i> . Матка въ антефлексии, соединена съ бр. ст.; шейка очень тонка. <i>Sav. uteri</i> 11 смт. <i>Orif. ext.</i> на 4 смт. позади <i>vulva</i> . Линейный рубецъ бр. ст.

№ по порядку	Журналы №	Имя. Возраст.	Анамнез. Симптомы.	Status и диагноз.	Операция.	Течение.	Состояние при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія.	
								Субъективно.	Объективно.
121.	24.	J. K.	XV род., послѣдн. 1 г. наз. Выпадение 30 лѣтъ. Боли утолщена въ анте-верзии. Выпадение Загруженіе мочеиспуск.	Inversio totalis vaginae. Матка метритически утолщена въ анте-верзии. Выпадение не исправимо.	Полная экстирпация.	Безлихорадочное. Вып. на 19-й день.	Легкое опущение стѣнокъ влажлища.		
122.	34.	J. S.	IV род. 2 послеродов. пер. съ лихорадкой. Cystocele parva. послѣдніе роды 2 1/2 г. назадъ. Выпадение 8 л., со времени 2-хъ родовъ. Носитъ пессарій. Загруженіе мочеиспуск.	Inversio partialis pariet. ant. vag. Cystocele parva. Prolapsus partialis uteri.	Ventrixfixatio. Colp. ant. Colporrhineorrhaphia.	Безлихорадочное. Вып. на 17-й день.	Влагалище очень узко. Матка въ положеніи антефлексіи-верзии.	„Имѣю честь увѣдомить, что я до сихъ поръ здорова и никакихъ неприятныхъ явленій не наступило“.	
123.	54.	J. F.	IV род., послѣдн. 10 л. наз. Выпадение 12 л. Никакихъ болей. При работѣ загружены со стороны пузыря. Molimina menstruala.	Prolapsus uteri partialis. Elongatio cervicis, на 6 смт. впереди полов. щели. Retroflexio uteri. Hypertrophia coli.	Ventrixfixatio. При науживаніи portio еще выступаетъ наружу; поэтому amputatio portionis и перевязка матки. Colporrhaph. ant. Colporrhineorrhaphia.	2-й д. в. 38.2. 3-й д. в. 38.0. Вып. на 18-й день.	Нормальное состояніе.	Вполнѣ хороша самочувствіе и работоспособность. Мочеиспуск. и стулъ нормальны.	Промежн. очень крѣпкая, 5 смт. Orif. uteri на 6 смт. позади introitus. Матка мала и тонка, спаяна съ бр. ст. Линейный рубецъ бр. ст.

124.	66.	E. K.	II род. 1-й послерод. періодъ 4 нед., 2-й 14 дней. Со времени 2-хъ род. опущение и затѣмъ выпадение. Менсес регулярны.	Prolapsus uteri anteflexi partialis. Prolapsus pariet. vag. partialis	Vaginaefixatio. Colp. ant. Colporrhineorrhaphia.	Безлихорадочное. Вып. на 17-й день.	Матка фиксирована, въ антефлексіи. Промежн. хорошо зажила.	При подъемѣ тяжестей за-трудненія; въ introitus; при науживаніи состоитъ изъ довольна.	Матка въ антефлексіи, сращена съ влагла. Portio безъ науживанія на 1 смт. выше introitus; при науживаніи появляется въ половой щели.
125.	70.	E. K.	V род., послѣдн. 9 л. наз. со щипцами. Послѣдн. періодъ 9 недѣль. Съ тѣхъ поръ выпадение. Менсес весьма болѣзненны.	Prolapsus uteri partialis.	Castratio duplex. Ventrixfixatio. Colp. ant. Colporrhineorrhaphia. Ол. ассистентъ.	3 первые дня по веч. 38.0—38.4. Некрозъ бр. покрововъ. Вып. на 28-й день.	Пром. хорошо зажила. Разрѣзъ бр. стѣнки зажилъ, заискл. нижняго угла, гдѣ грануляція. Матка въ антефлексіи, соединена съ бр. ст.	Dr. K.: „Вполнѣ хорошее самочувствіе. Никакихъ затрудненій.“	Матка въ антефлексіи, спаяна съ бр. ст. Незначит. опущение передней стѣнки влаг. Грыжи нѣтъ.
126.	72.	P. Sch.	X род. Выпадение со врем. 5-хъ родовъ 6 л. Рубцы отъ предыдущихъ операц. влажлища; затѣмъ еще 3 родовъ. Рецидивъ той-же части послѣ операціи.	Prolapsus totalis uteri retroflexi. Рубцы отъ предыдущей и задней colporrhaphii.	Castratio duplex. Ventrixfixatio. Colporrhineorrhaphia Hegar.	2-й д. в. 38.2. 3-й д. в. 38.4. Вып. на 20-й день.	Пром. хорошо зажила. Матка въ антефлексіи, соединена съ бр. стѣнкой.	„Мое состояніе вполнѣ хорошо. 3/4 года спустя послѣ операціи животъ обрзовался прыщью, изъ котораго выдѣлилась нитка.“	
127.	118.	M. W.	II род. При первыхъ родовъ и 8 недѣль въ постели, съ тѣхъ поръ (2 г.) выпадение. Лѣженіе въ области таза.	Prolapsus uteri partialis. Отъ влагалища моченоспускат. канала до orif. extern. 7 смт. Retroflexio-versio uteri.	Ventrixfixatio. Colporrhineorrhaphia.	Безлихорадочное. Вып. на 16-й день.	Матка въ антефлексіи, соединена съ бр. ст. Colp. хорошо зажила.	Хорошее самочувствіе и полная работоспособность.	Uterus anteflexus, gravidus mens. III—IV. Промежность крѣпкая, 4 смт. Линейный рубецъ бр. стѣнки.



№ по порядку	Имя, Возраст.	Анамнез. Симптомы.	Status и диагноз.	Операция.	Течение.	Состояние при выпискѣ.	Результаты исследования.	
							Субъективно.	Объективно.
128.	J. N. 97,98 25 a. n.	I роды въ Окт. 1895 г. Шлицы, partialis. Defectus perinei II. Fistula meji. 14 дней въ постели. Выпадение со врем. родовъ. Incontinentia urinae 9 лѣтъ (переломъ таза).	Prolapsus uteri partialis. Defectus perinei II. Fistula vesico-vaginalis.	Ventrifixatio. Episiorplastika.	Безлихора- дочное. Вып. на 18-й день.	Брюшн. рана р. prim. Матка въ антефлек- сии, соеди- нена съ бр. ст. Промеж- ность хоро- шо зажила. Ветдствие фикулы но- вая операц.		
129.	O. K. 97,98 54 a. n.	VIII род. 2-лихо- радочныхъ по- слѣрод. пер. Выпадение об- разов. 8 нед. назадъ, тогда же 8-дневн. сильное крово- течение. Мено- пауза 15 лѣтъ.	Prolapsus uteri.	Ventrifixatio. Colporrh. ant. Colporerineor- rhaphia	2-й д. } веч. 3-й " } выше 4-й " } 38,0. Вып. на 17-й день.	Брюшн. Хорошее само- рана р. prim. чувствіе. Моче- Промежн. 4 1/2 смт. и испусканіе и Potio высоко, на 6 смт. позади стуль. Матка въ vulva. Матка въ антефлексии, со- единена съ бр. стѣнк. Cavum 11 смт. Брюшной разрьзъ р. р.		
130.	M. G. 97,98 52 a. n.	III род. Постѣ- род. пер. 8—14 дней. Выпаде- ніе наступило послѣ родовъ, изъ которыхъ послѣдніе были 18 л. на- задъ. Затруд- ненія 1 1/2 года. Менопауза 4 г.	Prolapsus pariet. vag. ant. Cystocele Prolapsus uteri retroflexi partial.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colporerineor- rhaphia.	Безлихора- дочное. Выписана на 16-й день.	Брюшн. рана р. prim. Матка въ антефлек- сии. Передн. ст. влага- соедин. нѣ- сколько за- труднено. 6 смт. сзади introi- tus. Матка въ антефлексии, при- поднята, спаена съ бр. ст. Cavum 8 смт. Брюшной разрьзъ р. р.		

131.	447. 97,98 40 a. n.	I роды. 7 л. назадъ. Постѣ- род. периодъ очень длиненъ. Встѣдь за- нимъ развитіе выпадения. Molimina men- strualia. Затрудн. моче- испусканія.	Prolapsus uteri partialis.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colporerineor- rhaphia.	Безлихора- дочное. Выписана на 21-й день.	Матка въ антефлексии, соединена съ бр. ст.			Легочная чахотка.
132.	470. 97,98 39 a. n.	II род., послѣдн. 9 л. наз. Постѣрод. пер. 8 недель. Съ тѣхъ поръ сначала явле- нія опущения и затѣмъ выпаденіе. Сильныя molimina men- strualia.	Ruptura perinei II. Prolapsus pariet. vag. ant. et post. Prolapsus portionis uteri. Oedema portionis. Retroflexio uteri.	Castratio duplex. Ventrifixatio. Colporrh. ant. Colporerineor- rhaphia.	Нѣск. вечеровъ повышеніе t. р. Матка выше 38,0. Вып. на 21-й день.	Раны бр. ст. изъ ягодица р. р. Матка въ антефлек- сии, спаена съ бр. ст.			
133.	479. 97,98 42 a. n.	III род. Выпа- деніе 6 лѣтъ, послѣ аборт. Затрудненіе мочеиспуск. очень обильны, каждыя 4 нед.	Inversio totalis pariet. vag. ant. partial. pariet. vag. poster. Prolapsus partialis uteri retro- flexi. Придатки здоровы.	Castratio duplex. Ventrifixatio. Colp. ant. Colporerineor- rhaphia.	Безлихора- дочное. Вып. на 17-й день.	Матка дов. высоко сое- динена съ брюшн. по- кровами.			Мужъ пац. пишетъ: „Жизнь стала легка для моей жены; все время она чув- ствуетъ себя здоровой“.
134.	500. 97,98 47 a. n.	IV род., послѣдн. 14 л. наз. Съ тѣхъ поръ чув- ствуется опу- щеніе. Выпа- деніе 3 года.	Окружность выпаденія 32 смт., длина отъ sym- phisis 17 смт. Inversio totalis vag. Cystocele. Prolapsus totalis uteri.	Ventrifixatio cervicis uteri. Nengebauer- Lefort.	Безлихора- дочное. Вып. на 18-й день.	Брюшной разрьзъ р. р. Выпаденіе выполнѣ из- лѣчено.			

№ по порядку	Имя, возраст	Анамнез, симптомы	Status и диагноз	Операция	Течение	Состояние при выпискѣ	Результаты изслѣдованія	
							Субъективно	Объективно
135.	595. 97, 98 49 а. п.	X род., послѣдн. 8 л. наз. Выпадение partial. pariet. post. 1 годъ. Сильное затрудненіе мочеиспуск. Боли въ животѣ.	Inversio totalis pariet. ant. vag., Prolapsus totalis uteri. Cystocele permagna.	Castratio duplex. Ventrifixatio cervicis uteri. Colp. ant. Colporrhineorrhaphia.	Безлихорадочное. Вып. на 22-й день.	Брюшная рана и промеж. р. р. Матка очень вытянута, спаяна съ бр. ст.	Пац. пишетъ: „Я чувствую себя вполне хорошо и совершенно благо- дарю“.	
136.	684. 97, 98 33 а. п.	VI род., послѣдн. 1 г. наз. Выпадение 4 г. Боли въ крестцѣ и животѣ. Menstru. регулярны.	Prolapsus vaginae partialis. Prolapsus uteri partialis. Oedema portionis. Retroflexio-versio uteri. Придатки здоровы.	Ventrifixatio cervicis uteri. Colp. ant. Colporrhineorrhaphia.	2-й и 3-й д. веч. выпл. 38 <sup>0</sup> 0. Выписана на 22-й день.	Брюшной разрывъ и промеж. часть р. р. Матка въ антефл., выско, фиксирована.	Хорошее самочувствіе и работоспособность. Мочеиспуск. и стулъ нормальны. Менс. тоже.	Промежн. 5 смт. Незначит. опуц. передн. ст. влагалища, которая отечна. Рубецъ отъ colp. очень короткий. На 6 смт. сзади отъ introitus — интратрофированная portio. Шейка удлинена. Матка фиксирована на бр. ст. на уровнѣ отг. int.дно матки ретровертировано и отклонено вправо. Линейный рубецъ бр. стѣнки.

137.	677. 97, 98 26 а. п.	I роды 3 года наз. Пострбод. периодъ 3 нед. 3 мѣс. назадъ retroflexi partialis. Rectocele.	Inversio pariet. vag. ant. et post. Prolapsus uteri retroflexi partialis. Rectocele.	Ventrifixatio cervicis uteri. Colp. ant. Colporrhineorrhaphia.	Безлихорадочное. Вып. на 17-й день.	Брюшная рана и промежность зажили р. р. Матка фиксирована спереди. Даже и при сильномъ натуживаніи выпаденія нѣтъ.		
138.	692. 97, 98 70 а. п.	V род. 2 пострбод. пер. vag. totalis. Uterus съ лихорадкой. retroversus. Elong. Постѣдн. роды gatio cervicis. Cav. 30 л. назадъ. Выпадение 22 года. 1/2 года сильныя затрудненія. Обильн. кровавыя выделения.	Prolapsus uteri et vag. totalis. Uterus retroversus. Elong. gatio cervicis. Cav. 30 l. назадъ. 12 cmт. Cystocele. Rectocele.	Ventrifixatio cervicis uteri. Colporrh. ant. Colporrhineorrhaphia.	Безлихорадочное. Выписана на 17-й день.	Брюшной разр. и промежность р. р. Матка высоко, фиксирована впереди. При натуживаніи не выступ. наружу.	Хорошее самочувствіе и работоспособность. Мочеиспуск. и стулъ нормальны.	Промежн. 4 смт., влагалище 8 смт. въ длину; высокая маленкая portio. Cav. uteri 6 смт. Матка приподнята, антевертирована, короткимъ шнуромъ, идущимъ отъ нижняго полюса тѣла, соединена съ бр. ст. Брюшной разрывъ р. р.
139.	719. 97, 98 28 а. п.	VI род., послѣдн. 2 г. наз.; съ тѣхъ retrof.-versio, упоръ выпаденіе личена. Выпаденіе внутр. portionis. На невыхъ органовъ, редней ст. влагал. 1 годъ назадъ прямой рубецъ, на оперирована задней нѣсколькихъ раз. Очень большія затрудненія. Боли въ крестцѣ. Затрудненіе мочеиспуск. Molimina menstrualia.	Матка въ полож. retrof.-versio, упоръ выпаденіе личена. Выпаденіе внутр. portionis. На невыхъ органовъ, редней ст. влагал. 1 годъ назадъ прямой рубецъ, на оперирована задней нѣсколькихъ раз. Очень большія затрудненія. Боли въ крестцѣ. Затрудненіе мочеиспуск. Molimina menstrualia.	Ventrifixatio cervicis uteri.	Безлихорадочное. Вып. на 19-й день.	Брюшной разр. р. р. Матка фиксирована спереди. Portio на нормальной высотѣ.	Занимается оч. тяжелой работой. Чувствуетъ себя вполне хорошо. Мочеиспуск. и стулъ нормальны.	Промежн. 4 смт. Portio на 4 смт. выше introitus. Матка въ антефлексіи, нѣскольکو приподнята, коптомъ правой трубы фиксирована на бр. ст. Брюшной рубецъ едва замѣтенъ.

№ по порядку	Имя, Возраст	Анамнез, Симптомы	Status и диагноз	Операция	Течение	Состояние при выпискѣ	Результаты изслѣдованія. Субъективно. Объективно.
140.	731. М. Г. 97/98 57 а. н.	II род.; выпадение со врем. послѣдн. род. Выпадение стало меньше 14 л. назад, когда пац. забѣлила, что начала полнѣть.	Prolapsus pariet. vag. ant. et post. Prolapsus portionis uteri. Cystocele. Матка мала, подвижна, прижата къ сумрачатой опухолю.	Удаление пузырчатой опухоли, развитой шейки между связками. Ventrifixatio.	3-й д. в. 38-й. Выписана на 19-й день.	Брюши. разр. р. prim. Матка выскоко фиксирована спереди. Cystocele средней степени.	Г-жа Г. пишетъ: „Относительно моей прежней болязни я чувствую себя вполне хорошо“.
141.	743. Е. J. 97/98 40 а. н.	VII род. Со времени 1-хъ боли въ крест-выпадение задняя часть. Позднѣе развитіе выпадения.	Передняя стѣнка влагалниа вся частично Prolapsus uteri retroflexi partialis. Cav. uteri 14 cm. Cystocele. Rectocele.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colporperineorrhaphia. Оп. ассистентъ.	Безлихорадочное. Вып. на 18-й день.	Брюши. разрѣзъ и промежность не смотря на тяжесть работы, чувств. себя вполне хорошо.	D. J. пишетъ, что пацѣнтка, не смотря на тяжесть работы, чувств. себя вполне хорошо.

142.	749. J. N. 97/98 55 а. н.	VII род.; последние 10 л. наз. Выступаніе внутр. полов. органовъ 3 г. Затрудненіе мочеиспуск. Мочопауза.	Defectus perinei II. Cystocele. Rectocele. Prolapsus uteri retroflexi.	Ventrifixatio cervicis uteri. Colporrhaphia anterior. Colporperineorrhaphia. Оп. ассистентъ.	Безлихорадочное. Вып. на 17-й день.	Брюшная рана хорошо зажила. Матка фиксирована высоко впереди.	Чувств. себя вполне хорошо; Незначительное паденіе заднихъ бокамъ не замѣчалась. Ротіо на 6 1/2 cm. сзади introitus. Матка шейкой фиксирована на бр. стѣнкѣ. Corpus отклоненъ вправо. Линейный рубецъ бр. стѣнки.
143.	782. М. Е. 97/98 34 а. н.	II род., послѣдніе въ 1889 г. Выпадение оперировано 7 л. наз. (Colp. ant. et post.) 1 г. наз. рецидивъ. Все время сильныя боли.	Prolapsus uteri retroflexi.	Ventrifixatio cervicis uteri. Castratio duplex. Colporperineorrhaphia.	Безлихорадочное. Вып. на 17-й день.	Брюшной разрѣзъ и промежность р. prim. Матка въ антефлекси, фиксирована на бр. стѣнкѣ.	Хорошее самочувствіе и полная работоспособность. Матка въ антеверзи, приподнята, спаяна съ брюшн. стѣнкой. Cav. uteri 8 cm. Брюшной разрѣзъ р. р.

какъ видно изъ приведенной таблицы, въ Breslau' ской клиникѣ за почти 5-лѣтній періодъ времени оперировано 143 случая выпаденія матки. Изъ нихъ въ 51 было полное выпаденіе, въ 92 — частичное. Нѣтъ надобности говорить о томъ, что къ полнымъ выпаденіямъ отнесены лишь такіе случаи, въ которыхъ fundus uteri лежалъ ниже плоскости выхода таза. Къ сожалѣнію, я не могъ представить точныхъ данныхъ о частотѣ разрывовъ промежности, cystocele, rectocele, oedema portionis и т. д., такъ какъ часть скорбныхъ листовъ, при происходившихъ за этотъ періодъ времени передѣлкахъ въ клиникѣ, была затеряна, и я въ нѣкоторой части случаевъ долженъ былъ ограничиться лишь краткими свѣдѣніями, записанными въ главный журналъ. Равнымъ образомъ и положеніе матки записано не во всѣхъ этихъ случаяхъ; данныя послѣдняго рода я нашелъ только въ 95, при чемъ 89 матокъ помѣчены смѣщенными кзади, 6 — антепонированными. Такимъ образомъ въ 93% матка оказалась въ положеніи retroversio-flexi'i — и только въ 7% въ anteversio-flexi'i. Касательно сравнительной частоты того и другаго изъ названныхъ положеній матки я только у Winkel'я<sup>151)</sup> нашелъ указаніе, что онъ наблюдалъ лишь какъ исключеніе антефлексію при выпаденіи матки. Küstner въ руководствѣ Veit'a относительно этого вопроса говоритъ, что антефлектированная матка при выпаденіи всегда бываетъ мала и дрябла и можетъ принимать самыя разнообразныя положенія. И въ 6 нашихъ случаяхъ отмѣчено, что матка или очень мала, или, самое большее, достигаетъ лишь нормальной величины. Большинство нашихъ пацієнтовъ, какъ это и понятно само собою, имѣли роды; нерожавшихъ было только 6. Далѣе, изъ анализа видно, что у 67 женщинъ выпаденіе наступило вслѣдъ за родами, у 30 развилось только во время менопаузы; у 34 — выпаденіе развилось черезъ годъ или нѣсколько лѣтъ послѣ родовъ. Въ послѣдней группѣ часто встрѣчаются отмѣтки, что вслѣдъ за родоразрѣшеніемъ появились болѣзненные

регулы и боли внизу живота, — симптомы, позволяющія сдѣлать заключеніе объ отклоненіи матки кзади. Въ первой группѣ, состоящей изъ 67 случаевъ, слѣдуетъ обратить вниманіе на частоту искусственныхъ родовъ и лихорадочныхъ послѣродовыхъ періодовъ.

Подробно разсматривать значеніе этихъ цифръ не позволяютъ мнѣ рамки моей работы, — я желалъ бы лишь констатировать, что приведенныя данныя вполне согласуются со взглядами, высказанными въ первой части работы.

Ради сравненія найденныхъ мною цифръ съ данными прежнихъ авторовъ относительно частоты выпаденія матки у нерожавшихъ и многородящихъ я приведу здѣсь нѣкоторыя изъ нихъ. Цифры Scanzoni<sup>152)</sup> и особенно E. Martin'a<sup>153)</sup>, — 87% и 96%, — довольно близки къ моимъ 95% у многородящихъ. Цифра же Verdier, — 33% для нерожавшихъ слишкомъ высока. Приведенныя данныя заимствованы мною изъ диссертациі Taggash'a, гдѣ имѣется также указаніе Heftler'a относительно частоты выпаденія послѣ первыхъ родовъ. Такія указанія, какъ мы уже видѣли прежде, имѣютъ большое значеніе для выясненія этиологіи выпаденія, и потому я нахожу не лишнимъ сравнить ихъ съ данными нашихъ таблицъ. Heftler нашелъ, что 25—35% выпаденій развиваются вслѣдъ за первыми родами. Изъ нашихъ случаевъ только 17% относятъ свое заболѣваніе ко времени первыхъ родовъ. Именно, такихъ пацієнтокъ было всего 24, и изъ нихъ 14 имѣли лихорадочный послѣродовой періодъ или же разрѣшились при помощи оперативныхъ приемовъ.

Рамки работы не позволяютъ мнѣ входить во всѣ подробности, и потому я ограничусь указаніемъ, что изъ анамнеза нашихъ случаевъ невозможно сдѣлать никакихъ выводовъ для утвержденія, что слишкомъ раннее вставаніе съ постели послѣ родовъ, играетъ большую роль въ этиологіи выпаденія, какъ это обыкновенно принимается. Къ сожалѣнію, я не могу привести здѣсь безупречныхъ цифръ,

такъ какъ при собираніи анамнестическихъ данныхъ на этотъ пунктъ не было обращено должнаго вниманія. И такъ какъ нашъ матеріалъ, повторяю, не даетъ никакихъ точекъ опоры для упомянутого утвержденія, то я, по крайней мѣрѣ, желалъ бы воспользоваться этимъ случаемъ, чтобы обратить вниманіе на то, что весьма важно собирать безупречныя данныя по этому вопросу, чтобы содѣйствовать его разрѣшенію также и помощью цифръ, а не однихъ только теоритическихъ разсужденій. Вопросъ этотъ, по моему мнѣнію, имѣетъ большой интересъ относительно діететики послѣродоваго періода. Взглядъ Küstner'a<sup>156)</sup> на этотъ вопросъ на послѣднемъ гинекологическомъ конгрессѣ признанъ невѣрнымъ большинствомъ членовъ съ Ohlshausen'омъ<sup>157)</sup> во главѣ. Но насколько справедливо такое отрицаніе причинной связи между опущеніемъ половыхъ органовъ и раннимъ вставаніемъ съ постели послѣ родовъ, — покажетъ будущее.

Послѣ этого краткаго отклоненія въ сторону, я возвращаюсь къ моей темѣ.

Изъ числа включенныхъ въ таблицу 143 случаевъ выпаденія, въ одномъ была предпринята полная экстирпация матки; въ двухъ произведена операція Alexander-Adams-Kocher'a, а именно въ одномъ вмѣстѣ съ colporerineorrhaphi'ей, въ другомъ съ передней и задней влагалищной пластикой и увеличеніемъ промежности; у четырехъ пацієнтокъ произведены vaginaefixatio uteri и вслѣдъ за послѣдней необходимыя операціи влагалища. Въ случаѣ № 94 дѣло органичилось операціями влагалища и высокой ампутаціей шейки матки. Въ случаѣ № 101 брюшная полость была вскрыта для выполненія ventrifixati'i, но закрыта снова вслѣдствіе вирулентнаго воспаления придатковъ, послѣ чего черезъ двѣ недѣли сдѣлана высокая ампутація маточной шейки и вслѣдъ за тѣмъ colporerineorrhaphia. Во всѣхъ остальныхъ 134 случаяхъ произведена ventrifixatio uteri. Въ прилагаемой табличкѣ я раздѣляю эти послѣдніе случаи на группы по ихъ комбинаціи съ той или другой операціей ссуженія влагалища.

Таблица I.

Произведена ventrifixatio.	Полное выпаденіе	Частичное выпаденіе.
1. Безъ другихъ операцій . . . . .	2	18
2. Съ colporrhaphia anterior . . . . .	2	1
3. Съ colporerineorrhaphia . . . . .	19	26
4. Съ colporrhaphia ant. и colporerineorrhaphia	17	38
5. Съ ампутаціей влагалищн. части матки . .	1	1
6. Съ операціей Neugebauer - Le Fort'a . . .	6	1
7. Съ двустороннимъ освѣженіемъ по Winkel'ю	1	1
	48	86

Далѣе, въ 14 случаяхъ, вслѣдствіе болѣзни яичниковъ произведена, смотря по показаніямъ, односторонняя или двухсторонняя кастрація. 8 пацієнтокъ кастрированы исключительно съ цѣлью благопріятнаго вліянія на исходъ операціи выпаденія. Въ одномъ случаѣ portio vag. uteri ампутирована передъ ventrifixati'ей. У нѣкоторыхъ пацієнтокъ кромѣ ventrifixati'i произведено вылученіе маленькихъ міомъ. У восьми пацієнтокъ сдѣлана cervicofixati'я; вообще же, какъ выше сказано, производилась фиксація на передней брюшной стѣнкѣ нѣсколько ниже дна матки.

Изъ числа всѣхъ оперированныхъ пацієнтокъ четыре умерли непосредственно послѣ операціи, что составляетъ 0,5% смертности. Но въ случаѣ № 87 дѣло идетъ собственно объ операціи придатковъ, такъ какъ сначала были удалены обѣ трубы, выполненныя вирулентнымъ гноемъ, а затѣмъ уже произведена ventrifixati'я. Въ случаѣ № 101 брюшная полость была закрыта безъ фиксаціи матки и безъ всякаго прикосновенія къ наполненнымъ гноемъ абсцессамъ. Заживленіе разрѣза брюшной стѣнки шло совершенно хорошо. Но пацієнтка умерла черезъ 17 дней вслѣдствіе сепсиса, послѣдовавшаго за ампутаціей влагалищной части матки и colporerineorrhaphi'ей, произведенными за 7 дней до смерти. Непосредственный результатъ въ отношеніи фиксаціи матки былъ во всѣхъ нашихъ случаяхъ благопріятенъ. 11 пацієнтокъ выписались съ гранулирующими ранами брюш-

ной стѣнки. У 7 пацієнтокъ разорвавшаяся промежность зажила вторично. Изъ этихъ 7 случаевъ одна промежность не зажила. Въ случаѣ № 10 по выздоровленіи пацієнтки оказалась необходимой софорогинеогѣаріа, такъ какъ выпадала стѣнка влагалища. 6 пацієнтокъ отпущены съ плохо заживленной промежностью. Далѣе въ 4 случаяхъ результаты при выпискѣ также не были безупречны, а именно, — въ одномъ случаѣ операціи по методу Alexander-Adams'a, въ которомъ въ день выписки portio vaginalis uteri еще была видна въ половой щели; затѣмъ въ случаѣ № 77 съ сильно увеличенной міоматозной маткой, которую вообще невозможно было смѣстить; въ этомъ случаѣ маточное рыльце осталось въ introitus vaginae; далѣе въ случаѣ № 62, — пацієнтка вслѣдствіе выпаденія влагалищныхъ стѣнокъ отпущена съ пессаріемъ; и наконецъ въ единственномъ случаѣ полной экстирпаціи матки образовалось опущеніе стѣнокъ влагалища, какъ только пацієнтка встала съ постели. Такимъ образомъ, результаты при выпискѣ у 10 пацієнтокъ, что составляетъ 7% всѣхъ случаевъ, были не безупречны. Далѣе, какъ сказано выше, 11 пацієнтокъ отпущены съ гранулирующими ранами брюшныхъ стѣнокъ или фистулами брюшныхъ покрововъ. А такіе осложненія заживленія служатъ, какъ извѣстно, излюбленными мѣстами образованія грыжъ. Если приписать эти 11 случаевъ къ вышеупомянутымъ 10 съ неудовлетворительнымъ исходомъ влагалищной операціи, то въ общемъ мы получимъ 19 пацієнтокъ (2 случая совпадаютъ) или 13% общаго числа случаевъ, въ которыхъ результаты при выпискѣ оставляли желать лучшаго.

Если принять во вниманіе, что нашъ оперативный пріемъ представляетъ комбинацію двухъ совершенно различныхъ операцій, изъ которыхъ каждая сама по себѣ можетъ дать неудачный результатъ, то станетъ понятнымъ, почему наши результаты при выпискѣ пацієнтокъ отстаютъ отъ цифръ Asch'a<sup>167)</sup>, Meinert'a<sup>168)</sup>, Kaltenbach'a<sup>169)</sup>, получающихъ въ 92—95% хорошіе непосредственные результаты.

Впрочемъ, и въ Breslau'ской клиникѣ за послѣдніе три года, со времени замѣны сквознаго шва этажнымъ и введенія погружнаго шва для венстрификсаціи, не наблюдалось больше нагноенія брюшныхъ покрововъ, такъ что первичный результатъ значительно улучшился.

Большинство пацієнтокъ оставляло клинику на 17-й или 18-й день послѣ операціи. Такъ какъ большинство страдающихъ выпаденіемъ половыхъ органовъ принадлежитъ, какъ извѣстно, къ рабочему сословію, то важно, чтобы леченіе оканчивалось въ возможно короткій срокъ. И въ этомъ отношеніи комбинація ventrifixati'i съ операціей суженія влагалища даетъ не худшіе результаты, чѣмъ одна операція суженія влагалища сама по себѣ, такъ какъ всѣ операторы выписываютъ своихъ больныхъ не раньше третьей недѣли, Göttingen'ская клиника (Humpf)<sup>162)</sup> даже черезъ четыре недѣли. Заживленіе, конечно, замедлялось въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ необходимо было вторичное зашиваніе тазового дна; далѣе, болѣе продолжительное пребываніе въ клиникѣ вызывалось также нагноеніемъ брюшныхъ покрововъ; у одной пацієнтки (№ 50) на 17-й день послѣ операціи образовался тромбофлебитъ, приковавший еѣ къ постели почти на два мѣсяца; но въ этой несчастной случайности винить приходится, конечно, не ventrifixati'ю, а операцію суженія влагалища. У 36 пацієнтокъ наблюдалось незначительное повышеніе температуры (до 38,5°) на 2-й или 3-й день послѣ операціи. 10 пацієнтокъ лихорадили выше 38,5. Большею частью это было обусловлено мѣстнымъ раздраженіемъ влагалища, а въ нѣкоторыхъ немногихъ случаяхъ — абсцессомъ брюшныхъ покрововъ. Кромѣ упомянутыхъ двухъ смертныхъ случаевъ, не разу не наблюдалось какой бы то ни было угрожающей жизни инфекціи.

Обращаясь къ обзору конечныхъ результатовъ операціи, я позволю себѣ здѣсь снова сказать нѣсколько словъ о способѣ изслѣдованія и лежащихъ въ основѣ его принципахъ. Къ рецидивамъ отнесены только такіе случаи, въ

которых матка совершенно отдѣлилась отъ брюшной стѣнки и выпала. Если же матка оставалась въ связи съ брюшной стѣнкой, и эта связь обуславливала нормальную *anteflexio-versio* органа, то случаи опущенія влагалищной части матки вслѣдствіе растяженія шейки, выпаденія стѣнокъ влагалища, *cystocele*, *rectocele*, — я, согласно нашему воззрѣнію, относили къ небезупречнымъ результатамъ нашихъ операцій, но не къ рецидивамъ.

Оправданіемъ для этого служить съ одной стороны нашъ взглядъ на значеніе того или иного положенія матки въ этиологіи выпаденія, съ другой — субъективное состояніе нашихъ пациентокъ. 15 пациентокъ изъ 21 съ влагалищными рецидивами не чувствовали никакихъ затрудненій и были вполне работоспособны.

Самые свѣжіе изъ принятыхъ въ расчетъ случаевъ перенесли операцію почти за годъ до начала моей работы. Рецидивы и ухудшенія состоянія, если таковыя вообще имѣли мѣсто, наблюдались, какъ видно изъ таблицъ, почти всегда въ первые послѣ операціи мѣсяцы, такъ что годовой срокъ является вполне достаточнымъ, чтобы судить о конечномъ результатѣ операціи. Только позднѣйшіе роды могутъ измѣнить результатъ влагалищной пластики даже и спустя продолжительное время послѣ операціи. Но если заболѣванію подвергаются и совершенно здоровыя женщины, то понятно, что не могутъ быть отъ него застрахованы пациентки излѣченныя отъ выпаденія. Но въ то время какъ здоровыя женщины, помимо поврежденія тазового дна, подвергаются послѣ родовъ и опасности отклоненія матки кзади со всеми возможными его послѣдствіями, *ventrifixatio*, по видимому, и послѣ родовъ обезпечиваетъ нормальное положеніе матки. По крайней мѣрѣ, въ нашихъ случаяхъ не наблюдалось ни одного рецидива вслѣдъ за родами; конечно это не даетъ права думать, что и дальнѣйшіе роды не портятъ результата операціи.

Какъ я уже упоминалъ выше, изъ 111 случаевъ, о которыхъ я могъ собрать свѣдѣнія, 62 изслѣдованы мною лично,

8 — товарищами врачами и 41 пациентка доставили письменныя извѣщенія о своемъ состояніи. Если сравнить результаты личнаго изслѣдованія съ письменными извѣщеніями, то невольно обращаешь вниманіе на тотъ фактъ, что изъ 41 пациентки, приславшихъ письменныя свѣдѣнія, только 6 пациентки или 14% недовольны своимъ состояніемъ, тогда какъ изъ изслѣдованныхъ 70 случаевъ 32 пациентки или 47% не представляютъ объективно удовлетворительнаго результата. Такое несоотвѣтствіе можетъ навести на мысль, что письменныя извѣщенія пациентокъ о своемъ состояніи не отвѣчаютъ дѣйствительности и редактированы черезъ-чуръ оптимистически. Но это кажущееся противорѣчіе легко объясняется тѣмъ, что личному изслѣдованію была подвергнута каждая пациентка, которая въ своемъ письменномъ сообщеніи жаловалась хотя бы на малѣйшія затрудненія со стороны половыхъ органовъ или брюшныхъ стѣнокъ, или на уменьшенную работоспособность. Чтобы убѣдиться, что пациентки не прикрашиваютъ своего состоянія, я изслѣдовалъ повторно тѣхъ изъ нихъ, которыя, по ихъ словамъ, были совершенно здоровы; и я ни разу не могъ констатировать плохаго результата операціи; напротивъ, довольно часто приходилось убѣждаться, что пациентки стараются представить свое состояніе въ худшемъ видѣ, чѣмъ оно было въ дѣйствительности. Такимъ образомъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ о хорошемъ результатѣ, мы смѣло можемъ поставить письменныя извѣщенія на одну ступень съ объективными изслѣдованіями. Но совсѣмъ иначе дѣло стоитъ съ плохими результатами. Изъ 6 пациентокъ, жаловавшихся на вновь наступившія явленія выпаденія, я только въ одномъ случаѣ, № 22, съ полной увѣренностью могу принять, что это былъ влагалищный рецидивъ. Остальные 5 случаевъ я долженъ былъ отнести къ полнымъ рецидивамъ. Замѣчу, что у нѣкотораго числа пациентокъ, извѣстившихъ первоначально письменно о своемъ состояніи въ тѣхъ же самыхъ выраженіяхъ, какъ и нѣкоторые изъ упомянутыхъ 5 случаевъ,

я позднѣе нашелъ лишь выпаденіе влагалища. Но уже и помимо того мнѣ кажется невѣроятнымъ, чтобы изъ 40 женщинъ рецидивъ наступилъ у 5, т. е. въ 12%, тогда какъ изъ 65 точно изслѣдованныхъ пациентокъ полная неудача операціи оказалась только у 4, что представляетъ 6%. Въ своихъ письменныхъ сообщеніяхъ пациентки жаловались главнымъ образомъ на неспособность къ работѣ (№№ 10, 24, 42, 117). Но насколько эта неспособность къ работѣ обусловлена дѣйствительно вновь образовавшимся выпаденіемъ и въ какой мѣрѣ она зависитъ отъ стараго пельвеоперитонита (№ 10) или брюшной грыжи (№ 42), конечно, нельзя рѣшить на основаніи письменныхъ сообщеній. Названные 5 случаевъ при обсужденіи объективныхъ результатовъ я долженъ былъ отнести къ полнымъ рецидивамъ, хотя съ увѣренностью можно бы принять, что по крайнѣй мѣрѣ часть ихъ туда не относится. Конечно, при опредѣленіи работоспособности они удерживаютъ полную силу. Привожу двѣ таблицы, въ которыхъ я перечисляю вентрификсированныя выпаденія въ ихъ комбинаціи съ операціями суженія влагалища. Въ первой изъ нихъ приведены результаты письменныхъ справокъ, во второй — объективнаго изслѣдованія.

Таблица 2.

Результаты письменныхъ извѣщеній.

Ventrifixatio.	Безупречный результатъ.		Влагалищный рецидивъ.		Маточный рецидивъ.	
	Полное выпаденіе.	Частичное выпаденіе.	Полное выпаденіе.	Частичное выпаденіе.	Полное выпаденіе.	Частичное выпаденіе.
1. Безъ влагалищной операціи . . . . .	"	2	"	"	"	№№ 24 и 71
2. Съ colporrhaph. ant. . .	"	"	"	"	"	"
3. Съ colproperineorrhaphia	6	9	"	"	"	№ 10
4. Съ colporrh. anterior и colproperineorrhaphia .	4	11	"	№ 22	"	№ 117
5. Съ amputatio portionis	"	"	"	"	№ 42	"
6. Neugebauer - Le Fort .	1	1	"	"	"	"
7. Съ двусторонн. освѣженіемъ по Winkel'ю .	"	"	"	"	"	"
	11	23	"	1	1	4

Таблица 3.

Результаты объективнаго изслѣдованія.

Ventrifixatio.	Безупречный результатъ.		Влагалищный рецидивъ.		Маточный рецидивъ.	
	Полное выпаденіе.	Частичное выпаденіе.	Полное выпаденіе.	Частичное выпаденіе.	Полное выпаденіе.	Частичное выпаденіе.
1. Съ верхней влагалищной операціей.	"	5	"	№№ 52, 59, 67, 97, 105	"	№ 44
2. Съ colporrhaphia anterior.	"	"	№№ 57, 103	№ 51	"	"
3. Съ colproperineorrhaphia.	6	9	№№ 35, 49, 53, 63, 83	№№ 5, 51, 72	№ 69	"
4. Съ colporrh. anterior и colproperineorrhaphia.	4	14	№ 120	№№ 4, 60, 62, 70, 142	№№ 58, 102	"
5. Съ amputatio portionis uteri.	"	2 (*)	"	"	"	"
6. Съ Neugebauer-Le Fort.	"	"	№ 106	"	"	"
7. Съ двусторонн. освѣженіемъ по Winkel'ю.	"	"	"	"	"	"
	10	28	9	14	3	1

Сюда включены и случаи, изслѣдованные товарищами-врачами.

Кромѣ перечисленныхъ въ таблицахъ случаевъ, имѣются еще свѣдѣнія относительно двухъ операцій Alexander Adams'a и о четырехъ vaginaefixati'яхъ. Одна изъ пациентокъ, оперированныхъ по способу Alexander Adams'a въ комбинаціи съ colproperineorrhaphi'ей чувствуетъ себя, согласно ея письму, вполне здоровой; у другой, лично мною изслѣдованной, оказалась влагалищный рецидивъ. 4 случая vaginaefixati'и я изслѣдовалъ самъ и нашелъ одинъ полный и

\*) Кромѣ amputatio portionis сдѣлана была colproperineorrhaphia, и случай отнесенъ въ послѣднюю рубрику.



три влагалищных рецидива. Разсматривая въ цѣломъ полученные клиникой результаты, мы находимъ слѣдующія цифры. Изъ 111 пациентокъ, которымъ была сдѣлана ventrifixati'a съ операцией суженія влагалища или безъ таковой, операція Alexander Adams'a или vaginaefixati'a, 73 исполнѣ излѣчены. У 28 пациентокъ слова образовалось выпаденіе половыхъ органовъ, но матка осталась въ нормальномъ положеніи. Въ 5 случаяхъ матка выпала и оказалась отклоненной кзади. 5 остальныхъ случаевъ, по вышеприведеннымъ соображеніямъ (только письменныя извѣщенія) мы должны также отнести къ полнымъ рецидивамъ. Переводя эти цифры на проценты, мы находимъ, что Breslau'ская клиника въ леченіи выпаденій матки помощью названныхъ методовъ получила 65,7% безупречныхъ излѣченій, 25,2% влагалищныхъ рецидивовъ и 9% полныхъ рецидивовъ. Но ни операція Alexander-Adams'a, ни vaginaefixati'a, ни ventrifixati'a одна или въ комбинаціи съ передней colporrhaphi'ей не соответствуютъ терапевтическимъ приемамъ, которые клиника находитъ нужнымъ примѣнять при леченіи выпаденій матки. Какъ мы уже говорили выше и какъ увидимъ подробнѣе при критическомъ обзорѣ отдѣльныхъ методовъ, эти отклоненія отъ обычно употребительныхъ оперативныхъ приемовъ имѣютъ за собою извѣстныя основанія. Но такъ какъ руководящимъ принципомъ было всегда исправленіе положенія матки, безразлично, по какому-бы методу ни производилась операція, то мы съ полнымъ правомъ можемъ сравнивать общіе результаты Breslau'ской клиники съ результатами другихъ операторовъ. Но при такомъ сравненіи, какъ и уже упоминалъ о томъ во введеніи, затруднительнымъ является то обстоятельство, что авторы, за немногими исключеніями, не дѣлаютъ различія между выпаденіемъ влагалища и выпаденіемъ матки, и всякое выступленіе влагалищнаго валика наружу считаютъ за рецидивъ, не обращая вниманія на положеніе матки; въ случаяхъ же съ объективно безупречными результатами

ничего не упоминается о работоспособности. Herff<sup>170)</sup> въ своемъ статистическомъ докладѣ на съѣздѣ естествоиспытателей въ Мюнхенѣ отдѣляетъ работоспособность отъ объективныхъ результатовъ операціи, но о степени выпаденія онъ упоминаетъ лишь вскользь. Его объективные результаты лучше достигнутыхъ Breslau'ской клиникой, — онъ сообщаетъ о 75 — 78% излѣченій. Но при этомъ онъ приходитъ къ своеобразному заключенію, что наиболѣе легкія степени выпаденія, устранимыя помощью одной влагалищной операціи, хотя и даютъ наилучшіи операціонный результатъ, но въ то же время наименѣе хорошія послѣдствія относительно работоспособности, именно работоспособность достигается только въ 37%. Ventrifixati'a, произведенная только въ наиболѣе тяжелыхъ случаяхъ выпаденія, дала 53% работоспособныхъ, vaginaefixati'a — только 41%. Breslau'ская клиника получила только 65,7% безупречныхъ объективныхъ результатовъ операціи, но за то 83% работоспособности, и это при леченіи истинныхъ выпаденій матки. Эти цифры даютъ право на заключеніе, что для послѣдствій операціи рѣшающее значеніе имѣетъ исправленіе положенія матки и что болѣе или менѣе дѣйствительное исправленіе достигается только при помощи ventrifixati'i; незначительный процентъ работоспособныхъ послѣ vaginaefixati'i несомнѣнно указываетъ на склонность къ рецидиву. Какъ мало значенія имѣютъ выпаденія влагалища сами по себѣ, показываютъ наши влагалищные рецидивы; съ другой стороны, какъ мало пользы приносятъ объективно безупречные результаты влагалищной пластики, о томъ говорятъ цифровыя данныя Herff'a<sup>170)</sup>. Такъ какъ остальные болѣе или менѣе извѣстныя статистики придаютъ меньшее значеніе работоспособности сравнительно съ оперативными результатами, то я и поговорю о нихъ при обсужденіи употреблявшагося у насъ комбинированнаго приема.

Результатовъ vaginaefixati'i, равно какъ и операціи Alexander-Adams'a, я коснусь здѣсь лишь нѣсколькими

словами, такъ какъ при незначительномъ числѣ наблюденій невозможно дѣлать какія — бы то ни было заключенія. Теоретическія соображенія, заставляющія насъ недовѣрчиво относиться къ *vaginaefixati*и вполне подтверждаются нашими 4 случаями. Вполнѣ безупречнаго объективнаго результата мы не получили ни въ одномъ изъ нихъ; въ одномъ оказался полный рецидивъ; въ другомъ матка, оставшаяся въ положеніи антефлексіи, выдавливается своей влагалищной частью изъ половой щели; въ обоихъ остальныхъ случаяхъ наступило выпаденіе влагалища. Въ отношеніи работоспособности только эти два послѣдніе случая дали удовлетворительный результатъ; обѣ первыя пациентки жаловались на сильныя затрудненія. Если причислить сюда еще № 32 съ рецидивомъ послѣ ранѣе произведенной *vaginaefixati*и и излѣченный помощью *ventrifixati*и, то эти опыты, хотя и немногіе, но исключительно съ неудачными результатами, вполне оправдываютъ недовѣрчивое отношеніе Breslau'ской клиники къ *vaginaefixati*и, не говоря уже о невыгодахъ этой операціи для послѣдующихъ родовъ. Специальное обсужденіе этого послѣдняго пункта и относящихся сюда противорѣчивыхъ воззрѣній завело бы насъ слишкомъ далеко въ сторону; въ этомъ послѣднемъ отношеніи въ новѣйшее время на *vaginaefixati*ю начинаютъ смотрѣть болѣе благосклонно; что же касается значенія этой операціи для выпаденія матки, то о немъ, по моему, и рѣчи быть не должно; а насколько она дѣйствительна при *retroflexio-versio uteri* съ выпаденіемъ влагалища, это еще предстоитъ установить дальнѣйшими наблюденіями. Что опасность рецидива даже и въ этихъ случаяхъ очень велика, это доказывается цифрами Herff'a<sup>170</sup>) съ 41% работоспособности; ибо я увѣренъ, что мы едва ли сдѣлаемъ ошибку, если примемъ, что въ большинствѣ его случаевъ дѣло идетъ о выпаденіи влагалища съ *retroflexio-versio uteri*. Относительно операціи Alexander-Adams'a я долженъ совершенно отказаться отъ всякихъ выводовъ изъ нашихъ

случаевъ и отсылаю читателя къ ранѣе сказанному. По-видимому, надо согласиться, что операція должна имѣть по крайнѣй мѣрѣ нѣкоторое значеніе вслѣдствіе присущихъ ей фیزیологическихъ условій. Недостатками этого метода являются слишкомъ большая продолжительность операціи и весьма ограниченная возможность подъема матки, къ чему присоединяется еще и крайне сомнительная прочность связокъ. Результаты операціи могутъ быть ухудшены различными осложненіями, какъ это можно видѣть изъ наблюденій профессора Муратова<sup>174</sup>).

Если въ нашемъ случаѣ № 66 *portio vaginalis uteri* послѣ максимальнаго укороченія связокъ все еще была видна въ половой щели, а потомъ по минованіи застоя подверглось обратному развитію, то это доказываетъ только, что данный органъ былъ увеличенъ вслѣдствіе отека. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ матка вся измѣнена вслѣдствіе метрита, такого послѣдующаго укороченія не можетъ произойти, и тогда въ глубокомъ стояніи органа будетъ заключаться зародышъ рецидива. Какъ ни сильно увеличилась за послѣднее время литература по вопросу объ укороченіи круглыхъ маточныхъ связокъ, а свѣдѣнія о выполненіи этой операціи и ея значеніи при выпаденіи матки еще очень скудны. Въ сообщеніяхъ Werth'a<sup>172</sup>), Schmidt'a,<sup>171</sup>) Kötsehau<sup>173</sup>) Муратова<sup>174</sup>) приводятся отдѣльные случаи, по которымъ невозможно сдѣлать никакого вывода.

Для оцѣнки результатовъ *ventrifixati*и у насъ имѣется матеріалъ изъ 105 случаевъ (таблицы 1 и 2). Изъ этихъ 105 случаевъ дѣйствительный рецидивъ изслѣдованіемъ опредѣленъ только въ четырехъ (№№ 44, 58, 69, 102). Пять другихъ случаевъ (№№ 10, 24, 42, 71, 117), о которыхъ имѣлись только письменныя сообщенія, я долженъ былъ, какъ сказано, отнести тоже къ полнымъ рецидивамъ. У 24 пациентокъ матка найдена въ нормальной *anteflexio-versio*и, но тѣмъ не менѣе снова образовалось выпаденіе влагалища. Такимъ образомъ, въ общемъ лѣченіе выпа-

денія матки помощью *ventrifixati* и дало 69% безупречныхъ результатовъ, 22,5% влагалищныхъ рецидивовъ и 8,5% полныхъ рецидивовъ. Если же принять въ расчетъ только 65 точно излѣдованныхъ случаевъ, то процентъ рецидивовъ понижается до 6,1. Это число, по ранѣе изложеннымъ соображеніямъ, и слѣдовало бы считать настоящимъ. Чѣмъ собственно обуславливается рецидивъ, къ сожалѣнію, нельзя опредѣлить точно. Въ случаяхъ №№ 58 и 102 нагноеніе брюшныхъ покрововъ можно бы, пожалуй, считать причиннымъ моментомъ для освобожденія швовъ, прежде чѣмъ сращеніе достигло подлежащей крѣпости. Въ случаѣ № 67 я не могъ найти никакой другой причины, кромѣ ненормальной вялости брюшныхъ покрововъ и пониженной жизнеспособности тканей. Въ случаѣ № 44 неудачу можно приписать слишкомъ раннему вставанію пациентки съ постели, равно какъ и тому, что не сдѣлано было *perineoauxesis*. О высокой степени расслабленія тазоваго дна и связочнаго аппарата матки въ этомъ случаѣ говоритъ *status*, равно какъ и то обстоятельство, что, вопреки остальнымъ фиксаціямъ, здѣсь для укрѣпленія матки были употреблены четыре шва изъ *silk'a*. Здѣсь будетъ уместно еще разъ въ немногихъ словахъ коснуться способа фиксаціи матки, такъ какъ въ ближайшее время снова стало замѣтно стремленіе замѣнить брюшинныя сращения серо-фиброзными спайками. Но еще прежде того необходимо сказать нѣсколько словъ о матеріалѣ для швовъ, равно какъ о сквозныхъ и погружныхъ швахъ. Такъ какъ *catgut* уже оставленъ всѣми операторами за исключеніемъ *Engström'a*, то надо рассмотреть главнымъ образомъ шелкъ и *silkworm*. Опыты съ пенькой начались еще очень недавно, и потому о ней пока нельзя сдѣлать опредѣленнаго заключенія. Лучшимъ матеріаломъ для сквозныхъ швовъ признается всюду *silkworm*, такъ какъ при употребленіи его всего надежнѣе исключается вторичная инфекция по отсутствію капиллярности. Далѣе является вопросъ, слѣдуетъ ли вообще употреблять сквозные швы.

Конечно, весьма пріятно не оставлять въ операціонномъ полѣ никакого неразсасывающагося матеріала; однако, сквозной шовъ имѣетъ тотъ недостатокъ, что нитки приходится удалять лишь спустя шесть недѣль послѣ операціи, слѣдовательно, пациентки уже послѣ выписки должны снова возвращаться въ клинику. Далѣе, вслѣдствіе сильнаго стягиванія и прекращенія кровообращенія между фиксирующими нитями часто наступаетъ гангрена поверхностныхъ брюшныхъ покрововъ, чѣмъ создается предрасположеніе къ образованію грыжъ. Вторичная инфекция брюшины при употребленіи *silkworm'a*, какъ уже сказано, менѣе угрожаетъ, хотя *Ohlshausen*<sup>175)</sup> и *Zweifel*<sup>176)</sup> наблюдали подобные случаи зараженія. Для погружныхъ швовъ можно употреблять шелкъ или *silkworm*. Но и здѣсь по количеству нагноеній и образованію фистулъ преимущество надо отдать *silkworm'у*. То неудобство, что остающіеся жесткіе концы нитей колютъ и раздражаютъ сосѣднія ткани, можно ослабить обвязываніемъ нитей (*Sänger*). Оставленіе въ операціонной области неразсасывающагося матеріала можетъ навести на мысль объ опасности въ случаѣ наступленія беременности вскорѣ послѣ операціи; но эта опасность въ большинствѣ случаевъ неключается уже возрастомъ пациентокъ; такъ что погружной шовъ слѣдуетъ предпочесть сквозному. Чтобы увеличить прочность брюшинныхъ сращеній матки, нѣкоторые производили еще внутрибрюшинное укороченіе круглыхъ связокъ [*Chaput*<sup>177)</sup>, *Cusching*<sup>178)</sup> *Ward*<sup>179)</sup>]; пріемъ этотъ не нашелъ широкаго распространенія; онъ кажется намъ совершенно излишнимъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ могъ бы послужить поводомъ къ ущемленію кишокъ.

Въ послѣднее время снова производились попытки образовать серо-фиброзныя спайки матки съ брюшными покровами. *Leopold*, какъ извѣстно, съ этой именно цѣлью сначала раздражалъ царапаніемъ переднюю поверхность тѣла матки прежде чѣмъ наложить швы; но онъ вскорѣ, и не безъ основанія, оставилъ этотъ методъ. *Engström*

въ настоящее время пришиваетъ матку прямо къ нижнему листку фасции, выключая *peritoneum parietale*. Замѣна серо-серозныхъ сращеній серо-фиброзными при *vaginaefixati'i* несомнѣнно выгодна; но мы не должны упускать изъ виду и опасностей, которыя влекутъ за собою серо-фиброзные спайки. Engström<sup>180)</sup> началъ примѣнять этотъ методъ, названный имъ предбрюшинной фиксацией, вслѣдствіе трехъ неудачныхъ исходовъ изъ 8 случаевъ *ventrifixati'i* при выпаденіи. Изъ 24 оперированныхъ по этому методу случаевъ онъ не получилъ ни одного рецидива. Но при ближайшемъ разсмотрѣніи его случаевъ оказывается, что изъ упомянутыхъ трехъ неудачныхъ случаевъ въ двухъ онъ имѣлъ дѣло съ влагалищнымъ рецидивомъ, тогда какъ матка оставалась фиксированной на брюшной стѣнкѣ. Изъ названныхъ 8 серо-серозныхъ *ventrifixati'i* въ пяти случаяхъ не было сдѣлано операціи влагалища; между тѣмъ, со времени введенія предбрюшинной фиксации онъ почти всегда незадолго до пришиванія матки или дня два спустя послѣ этой операціи производилъ *colporrhineorrhaphi'ю*. Не говоря уже о томъ, что выпаденіе влагалища не можетъ служить критеріемъ прочности спаекъ матки, хорошій результатъ можно приписывать комбинаціи прикрѣпленія матки съ операціей тазового дна. Изъ ранѣе упомянутыхъ опытовъ Теръ-Микаліанца<sup>181)</sup> мы знаемъ, что прочность спаекъ зависитъ исключительно отъ ширины ихъ; различія въ этомъ отношеніи между серо-серозными и серо-фиброзными спайками онъ не нашелъ. Но существуетъ другое различіе между обоими родами спаекъ, — и различіе не маловажное, — именно въ ихъ способности къ растяженію. Опытами Теръ-Микаліанца доказано, что серо-серозныя спайки во время беременности гипертрофируются въ соотвѣтствіи съ другими тазовыми органами, увеличиваются значительно въ длину и ширину, а во время пuerперія подвергаются инволюціи и такимъ образомъ снова фиксируютъ матку на прежнемъ мѣстѣ. Нельзя не допустить, что въ отдѣльныхъ случаяхъ

вслѣдствіе слишкомъ большого растяженія можетъ образоваться то, что Fritsch называетъ *ligamentum uteri mediale*. Слѣдствіемъ этого явленія въ самомъ худшемъ случаѣ будетъ только опущеніе матки; тогда какъ Engström'овскія спайки въ формѣ рубцовыхъ тяжей влекутъ за собою новыя опасности для беременности и родовъ. Boije<sup>182)</sup>, опубликовавшій случаи Engström'а, на основаніи наблюденія трехъ беременностей изъ упомянутыхъ 24 случаевъ, утверждаетъ, что послѣ операціи Engström'а беременность протекаетъ безъ всякихъ неприятныхъ симптомовъ. Однако, изъ трехъ забеременѣвшихъ женщинъ одна имѣла прежде временные роды съ поперечнымъ положеніемъ на 8 мѣсяцѣ, другая выкинула уже на 3 мѣсяцѣ, и только третья родила, повидимому, доношеннаго ребенка. Абортъ и преждевременные роды въ количествѣ 66% можно считать неприятными симптомами беременности, и я полагаю, что между подобными разстройствами беременности и предбрюшинной фиксацией существуетъ причинная связь. За такое утверждение, помимо наблюденій и опытовъ, говорятъ также и анатомическія данныя. Серо-серозныя спайки появляются, какъ это доказываютъ опыты Graser'а<sup>183 и 184)</sup> безъ всякой воспалительной реакціи, посредствомъ образованія фибрина изъ погибающихъ эндотеліальныхъ клѣтокъ. При образованіи фибрина и склеиваніи происходитъ лишь сильное серозное пропитываніе и ясно выраженное разрыхленіе соприкасающихся тканей. Въ дальнѣйшемъ теченіи къ этому присоединяется развитіе новообразованныхъ сосудовъ и появленіе жира. Между тѣмъ, предбрюшинныя спайки должны развиваться по типу образованія соединительной ткани съ реактивнымъ воспаленіемъ, и такой воспалительный процессъ, какъ и ожидаетъ Engström, не ограничится одной брюшной стѣнкой, но захватитъ и прилежащую къ ней ткань матки. Такимъ путемъ образуется плотный рубецъ, связывающій мускулатуру матки съ брюшной стѣнкой и стѣсняющій экскурсіи матки. Послѣ неудачныхъ опытовъ

vaginofixati'i не слѣдовало прибѣгать къ такимъ сомнительнымъ средствамъ для увеличенія прочности спаекъ, а надо было, какъ это сдѣлалъ и самъ Engström, хотя, повидимому, и безсознательно, помощью восстановленія физиологической опоры матки въ болѣе широкомъ смыслѣ, т. е. тазового дна, облегчить связочный аппаратъ, поддерживающій матку и всю тазовую діафрагму. Причина первоначальныхъ неудачъ Engström'a лежитъ не въ серо-серозныхъ спайкахъ, а въ томъ, что онъ не дѣлалъ colporrhaphi'i.

Недостаточность одной ventrifixati'i для леченія выпаденія матки и была причиной, почему операція эта до сихъ поръ не нашла должнаго признанія. Но требовать отъ фиксирующихъ матку спаекъ, чтобы онѣ замѣнили собою функциональную работу levatoris ani въ его противодѣйствіи внутрибрюшному давленію, — было бы ужъ черезъ-чуръ много. Если верхняя тазовая діафрагма, находящаяся послѣ операціи въ связи съ брюшной стѣнкой посредствомъ матки и ея спаекъ, снизу не находитъ никакой опоры, то или спайки будутъ растянуты, или шейка матки вытянется въ шнурокъ толщиной въ карандашъ, и это произойдетъ не вслѣдствіе стягиванія внизъ, а подъ вліяніемъ силы дѣйствующей сверху, т. е. внутрибрюшного давленія. Естественно, что вслѣдъ за опущеніемъ влагалищной части матки, обусловливающимъ укороченіе передней стѣнки влагалища въ сагиттальномъ направленіи, послѣдняя также опускается ниже и въ свою очередь, вмѣстѣ съ образующимся при этомъ cystocele, начинаетъ растягивать шейку и спайки. Съ теоретической точки зрѣнія являются одинаково пераціональными какъ ventrifixati'я одна сама по себѣ, такъ и комбинація ея съ передней colporrhaphi'ей или ампутаціей влагалищной части матки. Въ нашихъ таблицахъ всѣ три случая съ передней влагалищной пластикой дали влагалищные рецидивы (№№ 51, 57, 103). Въ одномъ случаѣ (№ 42) ампутація влагалищной части матки въ комбинаціи съ ventrifixati'ей дала, повидимому, полный рецидивъ.

Такъ какъ, на основаніи только что сказаннаго, передняя colporrhaphi'я, какъ и ампутація влагалищной части матки, для ventrifixati'i не имѣютъ значенія, то я буду разсматривать вмѣстѣ случаи ventrifixati'i въ комбинаціи съ той и другой изъ названныхъ операцій. Изъ 19 паціентокъ 4, слѣдовательно 21%, дали рецидивъ (№№ 24, 42, 44, 71); въ 8 случаяхъ развилось выпаденіе влагалища, что составляетъ 42%, и только 7 случаевъ или 37% дали безукоризненный результатъ. Какъ ни недостаточенъ объективный результатъ операціи, однако восстановленная работоспособность достигаетъ 63%, такъ какъ только 8 паціентокъ жалуются на пониженную способность къ работѣ. Это также можетъ служить доказательствомъ, на сколько мало значенія имѣетъ выпаденіе влагалища при нормальномъ положеніи матки или если она, по крайней мѣрѣ, не смѣщена кзади.

Вполнѣ позволительно будетъ задать вопросъ, почему же сравнительно большое число случаевъ было оперировано по методу, признанному недостаточнымъ. И вопросъ этотъ особенно умѣстенъ относительно случаевъ съ передней colporrhaphi'ей. Въ нѣкоторой части случаевъ выпаденія матки была сдѣлана только ventrifixati'я ради опредѣленія достоинства метода. Нѣкоторые случаи были оперированы ассистентами, и при этомъ, повидимому, не было обращено должнаго вниманія на тазовое дно, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ наружная промежность, какъ это можно видѣть въ таблицѣ подъ рубрикой „status“, не была повреждена. Въ случаяхъ выпаденія матки у нерожавшихъ тоже была сдѣлана только ventrifixati'я. Но въ этихъ случаяхъ даже и приверженцы дуалистической этиологіи выпаденія считаютъ опущеніе матки первичнымъ явленіемъ, почему и ventrifixati'я признается достаточной для нихъ операціей. Однако, оказывается, что и въ этихъ случаяхъ одного подвѣшиванія матки недостаточно для устраненія выпаденія; напротивъ, здѣсь требуется особенно тщательная colporrhaphi'я, такъ какъ образованіе выпаденія является слѣдствіемъ необычайно

сильного расслабления тазовой диафрагмы. Въ нашихъ таблицахъ отмѣчены два рецидива (случаи №№ 10 и 24); сюда же принадлежит и случай № 60 таблицы Liopa, не принятый мною въ расчетъ. Въ литературѣ я тоже нашелъ описание двухъ случаевъ рецидива, — одинъ у Brautlecht'a<sup>185</sup>), другой у Холмогорова<sup>186</sup>). При рѣдкости выпаденій матки у нерожавшихъ вообще пять случаевъ рецидива представляютъ большой процентъ.

Обратимся теперь къ операциі выпаденія, принципиально предпочитаемой въ клиникѣ съ тѣхъ поръ какъ она находится подъ управленіемъ профессора Küstner'a. Если не отдѣлять случаевъ ventrifixati'i и съ colpoperineorrhaphi'e'i отъ тѣхъ, въ которыхъ она производилась въ комбинаціи также и съ передней влагалищной пластикой, то мы будемъ имѣть 83 случая. Изъ нихъ въ 5 получился рецидивъ, и именно въ трехъ — полное выпаденіе (№№ 58, 69 и 120) и въ двухъ частичное (№№ 10 и 117); слѣдовательно 6% рецидивовъ. Далѣе, въ 15 случаяхъ наступилъ влагалищный рецидивъ, что представляетъ 18%. Безупречный результатъ полученъ въ 63 случаяхъ, т. е. въ 78%. Но одинъ случай изъ числа полныхъ рецидивовъ (№№ 102) и три изъ влагалищныхъ рецидивовъ (№№ 5, 62, 120) дали плохой первичный результатъ. Такимъ образомъ остается 79 чистыхъ случаевъ съ 4 полными и 12 влагалищными рецидивами. Переводя эти цифры на проценты, мы получаемъ 5% полныхъ рецидивовъ, 15% влагалищныхъ рецидивовъ и 80% безукоризненныхъ излѣченій. Если же разсматривать обѣ оперативныя комбинаціи порознь, то мы получимъ слѣдующія цифры:

	Рецидивъ.	Влагалищн. рецидивъ.	Излѣченіе.
1. Ventrifixatio и Colpoperineorrhaphia . . . . .	5 %	20 %	75 %
2. Ventrifixatio. Colpoperineorrhaphia. Colporrhaphia ant. . . . .	5,1 %	10 %	84,9 %

Изъ такого сопоставленія видно, что присоединеніе передней colporrhaphi'i не понижаетъ процента полныхъ ре-

цидивовъ, влагалищные же рецидивы сокращаются до 10%, а вмѣстѣ съ тѣмъ и процентъ излѣченій при примѣненіи обѣихъ влагалищныхъ операций возрастаетъ съ 75 почти до 85. Эти цифры снова указываютъ на то, что colporrhaphia ant., какъ средство предупредить полный рецидивъ, не имѣетъ значенія. Однако, и образованіе влагалищныхъ рецидивовъ гораздо больше зависитъ отъ недоброкачественной пластики тазоваго дна, чѣмъ отъ того, была или не была примѣнена colporrhaphia anterior. Только въ случаяхъ №№ 5 и 50 вновь образовавшееся cystocele было обусловлено непримѣненіемъ передней пластики; во всѣхъ же остальныхъ причиной рецидива является недостаточное возстановленіе тазоваго дна. Въ сколь высокой степени дѣло зависитъ при этой операциі отъ технической опытности оператора, показываетъ сравнительно большое число оперированныхъ ассистентами случаевъ, въ которыхъ тазовое дно было образовано недостаточно прочно. Большею частію въ этихъ случаяхъ было сдѣлано слишкомъ короткое освѣженіе стѣнки влагалища, такъ что фасціи levatoris ani не могли быть снова пришиты. Кожная промежность, хотя бы и высокая, конечно не можетъ компенсировать отсутствія крѣпкаго тазоваго дна, какъ это показываетъ, напримѣръ, случай № 63, гдѣ была только кожная промежность въ 3 cm. Въ случаяхъ №№ 49, 53, 62, 69, 70, 73, 84, 142 вездѣ оказалась плохо сформированная низкая промежность; по отсутствію рубцовъ colporrhaphi'i видно, что предварительнаго сшиванія тазоваго дна выполнено не было. Въ случаѣ № 22 причиной влагалищнаго рецидива можно, пожалуй, считать то обстоятельство, что не была произведена ампутація влагалищной части матки, хотя полость матки при выпискѣ пациентки еще имѣла 10 cent. въ длину. Въ Breslau'ской клиникѣ примѣненіе этого уродующаго приема ограничивается лишь тѣми немногими случаями, въ которыхъ дѣйствительно имѣется соединительнотканное увеличеніе шейки или всего органа. Кромѣ этого случая, въ

которомъ ампутація шейки матки не была примѣнена по неизвѣстнымъ причинамъ, операція эта оказалась необходимой лишь въ весьма немногихъ случаяхъ. Среди изслѣдуемыхъ оперированныхъ пациентокъ мнѣ встрѣтился одинъ случай частичнаго выпаденія съ двойной влагалищной операціей и высокой ампутаціей маточной шейки. Результатъ былъ хорошъ. Если мы между влагалищными рецидивами снова встрѣчаемъ длину матки въ 10 cent. и болѣе, то не слѣдуетъ думать, что это явленіе можно предотвратить интравагинальной ампутаціей влагалищной части матки. Явленіе это, какъ мы подробно говорили выше, представляетъ вытягиваніе шейки, уступающей дѣйствию внутрибрюшнаго давленія. Примѣрами могутъ служить случаи №№ 4, 51, 52, 53, 63, 120.

Кромѣ метритическихъ измѣненій матки, показаніемъ къ высокой ампутаціи маточной шейки могло бы служить еще то обстоятельство, что при колоссальномъ расслабленіи тазовой діафрагмы высокая фиксація матки является сомнительной; сокращая матку снизу, мы получаемъ то преимущество, что діафрагма будетъ держаться на мускульной части матки, а не на легко растяжимой шейкѣ. По той же причинѣ высокую ампутацію шейки слѣдуетъ предпочитать и примѣнявшейся иногда *servicofixati*и. Никакихъ преимуществъ за этой модификаціей я не видѣлъ; напротивъ, болѣзненные явленія въ случаѣ №№ 142 я склоненъ отнести на счетъ ретроверсии матки, перегнутой надъ мѣстомъ фиксаціи. Кастрація, повидимому, производитъ особенно благоприятное вліяніе на результатъ операціи. Во всякомъ случаѣ, получается такое впечатлѣніе что у двусторонне-кастрированныхъ женщинъ результатъ операціи идеально хорошъ. Съ одной стороны, это зависитъ, вѣроятно, отъ прекращенія періодически наступающаго полнокровія половыхъ органовъ, съ другой — нельзя отрицать и вліянія преждевременно вызваннаго климактерія на состояніе питанія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (см. табл. 1 и 2) *ventrifixati*я комбинировалась съ операціей Neugebauer-Le Fort'a, въ другихъ — съ двустороннимъ освѣженіемъ по Winkel'ю. Относительно послѣдней операціи позднѣйшихъ изслѣдованій не имѣется. О результатахъ *colporrhaphiae medianae* я собралъ данныя въ 3-хъ случаяхъ. Изъ нихъ двѣ пациентки дали удовлетворительныя письменныя свѣдѣнія о своемъ состояніи, третью (№ 106) я изслѣдовалъ самъ и нашелъ влагалищный рецидивъ; хотя влагалище и было сращено въ срединѣ, но съ боковъ стѣнки его выпадали на довольно большомъ протяженіи. Помимо того, что эта операція примѣнима лишь для женщинъ могущихъ отказаться отъ брачной жизни, и результаты послѣ нея получаются нисколько не лучшіе, чѣмъ послѣ одной *ventrifixati*и. Примѣнялась она только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ по какимъ нибудь причинамъ продолжительная влагалищная пластика была противопоказана.

При оцѣнкѣ непосредственныхъ результатовъ операціи мы должны были обратить вниманіе на сравнительно часто наступающій некрозъ брюшныхъ покрововъ и нагноеніе. Подобнымъ же образомъ приходится считаться и съ образующимися вслѣдъ за операціей грыжами, омрачающими конечный результатъ. Это осложненіе важно потому, что оно можетъ обусловить рецидивъ. Для двухъ изъ нашихъ случаевъ полнаго рецидива (№№ 69 и 102) съ довольно большой вѣроятностью можно принять, что причиной ихъ было расхождение брюшной стѣнки; сюда же слѣдовало бы причислить и случай № 42, но здѣсь не возможенъ сколько-нибудь надежный контроль, такъ какъ объ этомъ случаѣ имѣется лишь письменное извѣщеніе. 9 остальныхъ брюшныхъ грыжъ не повліяли на желаемый результатъ операціи и имѣютъ для насъ значеніе лишь настолько, насколько они вызываютъ затрудненія сами по себѣ. Итакъ, среди 105 случаевъ *ventrifixati*и мы наблюдали 12 грыжъ, что составляетъ 11,4%. Такъ какъ грыжи, особенно маленькія,

въ большинствѣ случаевъ не причиняютъ имѣющему ихъ субъекту никакихъ затрудненій, то возможно, что среди неизслѣдованныхъ лично пацієнтокъ найдется одна — другая съ грыжей, о которой она ничего не сообщила, потому что грыжа не мѣшаетъ ей работать. За исключеніемъ трехъ полныхъ осложненныхъ грыжами рецидивовъ и одного влагалищнаго рецидива № 76, на затрудненія со стороны грыжи жаловались при безупречномъ во всѣхъ остальныхъ отношеніяхъ результатѣ операціи, только двѣ пацієнтки №№ 9 и 74; остальнымъ шести грыжа нисколько не мѣшала (№№ 34, 38, 68, 83, 110 и 115). Выдающуюся роль играетъ въ этиологіи этихъ грыжъ нагноеніе швовъ и некрозъ брюшныхъ покрововъ. Изъ нашихъ 12 случаевъ 6 образовались послѣ нагноенія брюшной стѣнки (№№ 38, 67, 74, 83, 102 и 110), а пацієнтка № 115 имѣла въ продолженіи нѣсколькихъ дней температуры выше 38. Abel<sup>187)</sup> указываетъ, что и въ такихъ случаяхъ дѣло состоитъ въ некрозѣ болѣе глубокихъ слоевъ брюшной стѣнки, затрудняющихъ *prima intentio* фасціи. Причину некроза брюшныхъ покрововъ, поверхностнаго или глубокаго, все равно, помимо инфекции, представляющей вторичный процессъ въ омертвѣвающей ткани, слѣдуетъ искать въ слишкомъ крѣпкомъ узлѣ шва. Весьма поучительны въ этомъ отношеніи соображенія Rappert'a<sup>188)</sup>, къ которымъ я и отсылаю читателя. Онъ, помимо самой тщательной асептики, настоятельно рекомендуетъ избѣгать слишкомъ сильнаго затягиванія даже и глубокихъ фиксирующихъ швовъ. Если и не будетъ нагноенія, то все таки крѣпкій шовъ, наложенный на фасцію, ткань и безъ того не особенно хорошо питаемую, неизбежно вызоветъ некрозъ. Не этому ли обстоятельству слѣдуетъ приписать полученные въ клиникѣ Zweifel'я послѣ *ventrifixati*и 21% грыжъ безъ предварительнаго нагноенія брюшныхъ покрововъ? Во всякомъ случаѣ, такой результатъ слишкомъ бросается въ глаза сравнительно съ нашимъ, при чемъ слѣдуетъ имѣть въ виду, что Breslau'ская

клиника вплоть до послѣднихъ двухъ лѣтъ пользовалась массовымъ (сквознымъ) швомъ. Невыгоды послѣдняго доказаны работами Abel'я<sup>187)</sup>, Рачинскаго<sup>189)</sup> Winter'a<sup>190)</sup> Строгая асептика, трехъ-этажный брюшной шовъ, не слишкомъ крѣпкое затягиваніе фиксирующей нити или, по меньшей мѣрѣ, примѣненіе болѣе сильнаго стягиванія только для самой нижней лигатуры, — сократятъ, вѣроятно, число грыжъ до минимума.

Къ неудачнымъ исходамъ нашихъ операцій въ отношеніи работоспособности я долженъ причислить и обѣ вышеупомянутыя грыжи, хотя въ остальныхъ отношеніяхъ результаты безупречны. Какъ я уже упомянулъ при обзорѣ общихъ результатовъ, Breslau'ская клиника отмѣчаетъ 82% восстановленной работоспособности и хорошаго самочувствія. Специально для 105 случаевъ *ventrifixati*и дѣло представляется въ слѣдующемъ положеніи. Кромѣ двухъ вышеупомянутыхъ пацієнтокъ съ брюшной грыжей (№№ 9 и 74), жалуются на отсутствіе или ослабленіе работоспособности 9 полныхъ рецидивовъ, 6 влагалищныхъ рецидивовъ (№№ 51, 53, 57, 59, 67, 70) и еще 2 пацієнтки (№№ 29 и 54), не имѣющія ни выпаденія, ни грыжи, но утверждающія, что, не смотря на хорошее самочувствіе, они не могутъ выполнять обычныхъ работъ. Такимъ образомъ, и для *ventrifixati*и процентъ восстановленной работоспособности равенъ 82. Четыре случая изъ числа полныхъ рецидивовъ и четыре изъ влагалищныхъ приходятся на долю *ventrifixati*и одной или въ комбинаціи съ передней *colporrhaphi*ей; такимъ образомъ, на 83 *ventrifixati*и съ *colporrhaphi*ей приходится 11 пацієнтокъ, не достигшихъ послѣ операціи прежней работоспособности. Слѣдовательно, изъ числа нашихъ бывшихъ пацієнтокъ работоспособными оказались 87%. Даже если мы будемъ разсматривать отдѣльно въ отношеніи работоспособности результаты полныхъ выпаденій, а въ этихъ случаяхъ дѣло часто идетъ о старыхъ женщинахъ, страдающихъ различными хроническими болѣзнями, то все таки



получимъ въ 78,2% случаевъ хорошее самочувствіе и работоспособность. Изъ 33 случаевъ полного выпаденія на уменьшенную работоспособность жалуются 7 (№№ 9, 53, 56, 58, 69 и 102); у пацієнтки № 9 затрудненія прямо обусловлены грыжей; №№ 29 и 54 жалуются на пониженную работоспособность при хорошемъ самочувствіи и удовлетворительномъ результатѣ операціи. Я умышленно не употребляю выраженія: работоспособность уменьшенная вдвое, вчетверо и т. д., ибо въ такой классификаціи много субъективнаго и произвольнаго. Если разсмотрѣть въ отношеніи работоспособности результаты *ventrifixati* и въ комбинаціи съ *colporrhineorrhaphi*ей отдѣльно отъ результатовъ той же операціи въ комбинаціи съ передней и задней влагалищными операціями, то для первой группы получается 12,5% неудачныхъ исходовъ, для второй 13,8%, — разница не существенная.

Если мы теперь сравнимъ полученные нами цифры (87% восстановленной работоспособности при 80% объективно безупречныхъ результатовъ операціи; для *ventrifixati* и въ комбинаціи съ одной только *colporrhineorrhaphi*ей 75% при 87,5%) со статистикой Неггф'а относительно влагалищныхъ операцій, свидѣтельствующей о 37% работоспособности при 78% результатовъ операціи, то мы неизбежно должны будемъ признать, что такія въ высшей степени благоприятныя послѣдствія достигнуты благодаря *ventrifixati*и. Но какъ наши собственные случаи, такъ и данныя другихъ операторовъ ясно доказываютъ, что *ventrifixati*я одна по анатомическимъ причинамъ не можетъ гарантировать достигаемаго ею результата на продолжительное время, и что только *colporrhineorrhaphi*я, восстанавливая тазовое дно, сохраняетъ и обезпечиваетъ этотъ результатъ. *Colporrhaphia anterior* улучшаетъ объективный результатъ операціи въ отношеніи влагалищнаго рецидива на 10%, но не имѣетъ никакого вліянія на восстановление работоспособности. Все таки, во всѣхъ случаяхъ съ *cystocele* болѣе или менѣе зна-

чительныхъ размѣровъ слѣдуетъ тщательно пришивать пузырь обратно, такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ *cystocele* можетъ вызвать влагалищный рецидивъ, особенно, если промежность восстановлена недостаточно аккуратно. Если *cystocele* при нормальномъ положеніи матки и не причиняетъ никакихъ страданій, то все-таки не исключена возможность, что оно вслѣдствіе уступчивости шейки или *ligamenti medialis uteri* будетъ приобретать все большіе и большіе размѣры и наконецъ начнетъ тяготить пацієнтку.

Пока *ventrifixati*я, сопряженная съ вскрытіемъ брюшной полости, принадлежала къ операціямъ подвергающимъ довольно значительной опасности жизнь оперируемаго субъекта, было вполне законно ограничиваться болѣе безопасными оперативными приемами; теперь же, когда такой опасности не существуетъ, въ интересахъ пацієнтки не слѣдуетъ отказываться отъ преимуществъ этой операціи, къ тому же и очень непродолжительной.

Единственная причина, по которой можно было бы воздержаться отъ этой операціи у молодыхъ женщинъ, — это опасность во время родовъ. Изслѣдуя нашъ матеріалъ въ этомъ отношеніи, мы находимъ, что изъ 105 пацієнтокъ 9 родили, и изъ нихъ 2 уже по 2 раза. За исключеніемъ одного поперечнаго положенія и однихъ преждевременныхъ родовъ, ни одна пацієнтка не имѣла болѣе или менѣе серьезныхъ осложнений. Со времени сообщенія *Miländera* (192), наблюденій относительно неприятныхъ осложнений родового акта при *ventrifixati*и накопилось за короткое время довольно много. Но мало-помалу врачи привыкли относиться къ дѣлу объективнѣе и въ настоящее время пришли къ убѣжденію, что болѣе или менѣе серьезныхъ опасностей операція эта не создаетъ, если она выполнена въ техническомъ отношеніи правильно.

Опыты Теръ-Микаліанца, на которые я уже неоднократно ссылался, также убѣдительно говорятъ противъ того, чтобы фиксирующія спайки непременно должны были препятствовать увеличенію объема матки. Трудные роды, по-

дававшие даже поводъ къ кесарскому сѣченію, слѣдуетъ отнести на счетъ техническихъ ошибокъ при фиксаціи матки. Къ такимъ ошибкамъ прежде всего слѣдуетъ причислить образованіе серо-фиброзныхъ спаекъ. Спайка должна занимать не болѣе 1 квадратнаго сантиметра на передней поверхности тѣла матки. Не слѣдуетъ, какъ справедливо говоритъ Sānger, фиксировать дна матки; на *crista uteri* брюшина плотно срастается съ тканью матки, и расширеніе полости послѣдней можетъ совершаться лишь насчетъ передней и задней стѣнокъ. Сомнительнымъ кажется мнѣ также и предложеніе Gräfe<sup>193)</sup> фиксировать по Kelly не переднюю, а заднюю стѣнку матки. Противъ примѣненія фиксаціи Ohlshausen'a говорятъ, повидимому, опубликованные Schütte<sup>194)</sup> два случая, выполнѣ согласующіеся съ опытами Теръ-Микаліанца, Именно, вслѣдствіе неодинаковаго растяженія обѣихъ спаекъ создается крайне неправильная конфигурація матки, въ одномъ случаѣ Schütte потребовавшая даже разсѣченія.

Остается сказать нѣсколько словъ о рецидивахъ послѣ родовъ. Мы выдѣлили, что въ 4 изъ нашихъ 9 случаевъ образовался влагалищный рецидивъ; маточнаго рецидива не было ни въ одномъ изъ нихъ. По моему мнѣнію, и въ этомъ отношеніи *ventrifixati'a* имѣетъ большія преимущества предъ влагалищными операціями, такъ какъ эффектъ этихъ послѣднихъ при каждахъ родахъ можетъ быть совершенно уничтоженъ.

Въ заключеніе, я долженъ коснуться отношенія клиники къ полной экстирпаціи матки. Примѣненіе этой операціи ограничивается исключительно случаями невправимаго выпаденія, такъ какъ она ни въ какомъ отношеніи не представляетъ преимуществъ сравнительно съ принятой въ клиникѣ операціей. Напротивъ, 6,9% смертности при ней ставятъ ее далеко позади *ventrifixati'i*. Не удаленіемъ матки, участвующей въ замыканіи тазоваго дна, а восстановленіемъ анатомическихъ отношеній надо стараться устранить выпаденіе брюшныхъ органовъ.

## Литтература.

1. Cohn. Über die primären und definitiven Resultate der Prolapsoperation. Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie. XIV.
1. Simon. Prager Vierteljahresschrift 1867. S. 125.
3. Hegar. Operative Gynäkologie. Hegar-Kaltenbach IV Aufl.
4. Martin. Gynäkologie. II Aufl. S. 149.
5. Kieme. Bericht über die vom März 1887 bis März 1894 in Halle ausgeführten Prolapsoperationen. Dissertation. 1895.
6. Asch R. Über Prolapsoperationen. Diss. 1886.
7. Fehling. Festschrift der Stuttgarter Aerzte. 1897. S. 6.
8. Humpf. Die Methoden der Prolapsoperationen in der Göttinger Klinik. Diss. 1895.
9. Meinert. Zur Prognose der Prolapsoperationen. Diss. 1897.
10. Asch. R. Conf. 4.
11. Münchmeyer. Über die in der königl. Frauenklinik zu Dresden etc. Cntrlbl. f. Gynäk. 1892.
12. Dorff. Wiener med. Blätter, 1879, №№ 47—52; 1880, №№ 4—5.
13. Sonntag. Plastische Operationen zur Heilung des gerissenen Dammes und der Vorfälle. Beiträge zur Geb. und Gyn. A. Hegar gewidmet 1889.
14. Hegar und Kaltenbach. Operative Gynäkol. IV Aufl.
15. Gareiner. Prager medicin. Wochenschrift 1898.
16. Westermarck. Über Prolapsoperationen und ihre Ergebnisse in Schweden. Cntrlbl. für Gyn, 1898. S. 945.
17. Bouilly. Verhandlungen des franz. Chirurgencongresses zu Paris 1896.
18. Jacobs. Ibidem.
19. Wolff. Zur Totalexstirpation des Uterus mit Entfernung gross. Scheidenlappen wegen Totalprolaps d. Uterus. II Bd. der Arbeiten aus d. Königl. Frauenkl. zu Dresden. 1895.
20. Brautlecht. Zur Ventrifixatio uteri. Diss. Freiburg i/B.

21. Lawson-Tait, цит. по Sänger: Neuere (besser englische) Methoden d. Perineorrhaph. etc. Arch. f. Gyn. XXXI S. 450.
22. Sänger. Über operative Behandlung etc. Cntrlbl. f. Gyn. 1888, №№ 2 u. 3; 1889, № 30.
23. Fritsch. Lehrbuch d. Gynäkologie. VII Aufl. 1896.
24. Frank. Über Prolapsoperationen. Arch. f. Gynäkol. XXXI S. 453.
25. Gelpke. Correspondenzblatt für Schweizer Aertzte. XXII.
26. Goubareff. Die chirurg. Behandlung d. Vorfälle etc. (russisch) Journ. f. Geb. Decemberheft 1896.  
Губаревъ. О хирург. лѣченіи выпаденій матки. Журн. Акуш. и Гинекол. Декабрь 1896.
27. Sänger. Zur Technik der Prolapsoperation. Cntrlbl. f. Gyn. 1898. S. 33.
28. Fehling. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1893.
29. Marsi. Verhandlungen d. internationalen Congresses zu Moskau.
30. Theilhaber. Zur Prolapsoperation. Monatsschr. f. Gyn. Bd. V.
31. Lawson-Tait. British med. Journal. July 1898.
32. Tuffier et Dumoret. Annales de Gyn. T. XXXIV.
33. Amand Routh. Cntrlbl. f. Gyn. 1899. S. 124.
34. Zweifel. Vorlesungen über Gynäkologie. 1892.
35. Martin. Lhrb. der Frauenkrankh. 1893.
36. Ott. Pathologie und Therapie der fehlerhaften Lageveränderungen der Gebärmutter. (russisch) 1890. S. 148.  
Оттъ Патологія и терапія неправильныхъ положеній матки, 1890, стр. 148.
37. Freund jun. Eine neue Prolapsoperation. Cntrlbl. f. Gyn. 1893.
38. Bellini Schmidt's Jahrbücher. 1837.
39. Schramm. Bemerkungen zur neuen Prolapsoperation. Cntrlbl. f. Gyn. 1894. S. 1121
40. Gaertig. Cntrlbl. f. Gyn. 1895. S. 599.
41. Matthaei, Flatau. Stande. Hamb. Gyn. und Geb. Gesellschaft. Cntrlbl. f. Gyn. 1899.
42. Goubareff. Journ. f. Geb. (russisch). April 1896.  
Губаревъ. Журн. Акуш. и Гин. Апрель 1896.
43. Abraschianoff. Journ. f. Geb. (russisch). Sept. 1896.  
Абражановъ. Журн. Акуш. и Гин. Сентябрь 1896.
44. Follet. X Congress der franz. Chirurgen zu Paris 1896.
45. P. Müller. Cntrlbl. f. Gyn. 1896. S. 1095.
46. Kaltenbach. Hegar und Kaltenbach. Operative Gynäkol. IV Auflage.
47. Fritsch. Cf. Asch, Archiv f. Gyn. XXXV, S. 187.

48. Martin. Berlin. kl. Wochenschr. 1891. Heft 44 u. 45.
49. Quérin. Annales de Gyn. et d'Obst. 1894. XII. S. 28.
50. Gottschalk. Cntrlbl. f. Gyn. 1899.
51. Solotnizky. Hysterect. vaginal. Thèse de Paris. 1894.
52. Rauhut. Die neueren Prolapsoperationen Diss. Halle. 1895.
53. Schlatter. Cntrlbl. f. Gyn. 1899. S. 1024.
54. Kleinwächter. Zur Frage d. operativ. Behandlung etc. Zeitschr. f. Gyn. und Geb. XXI.
55. Seyfert und Aveling. — цит. по Engelhardt. Behandlung d. Prolapsus uteri et vaginae. Diss. Dorpat. 1893.
56. Schultze. B. S. Lageveränderungen d. Gebärmutter. Berlin 1882.
57. Winter. Zur Pathologie des Prolapses. Festschr. f. P. Ruge. 1896
58. Theilhaber, l. c. ad 30.
59. Arx. Über die Ursachen der natürl. Lage des Gebärorgans. Volk. Vort. N. F. Heft 210.
60. Fritsch. Lehrb. der Frauenkrankheiten. VII Aufl.
61. Kaltenbach. Hegar. Operative Gynäkologie.
62. Veit. Handbuch der Gynäkologie.
63. Славянскій. Частн. патологія и терапія женскихъ болѣзней.
64. Hegar. l. c. ad 61.
65. Winter. l. c. ad 57.
66. Leoret, цит. по Tarrasch. Zur Aetiologie d. Uterusprolapses. Diss. Würzburg. 1888.
67. Chiari. Klinik für Geburtskunde und Gynäkologie 1855.
68. Kiwisch. Klin. Vorträge. Bd. I.
69. Virchow. Verhandlungen der Gesellschaft f. Geburtskunde Bd. II — IV. Berlin.
70. Veit. Handbuch der Gynäkologie.
71. Küstner. Veit's Handbuch und Grundzüge d. Gynäkol 1893.
72. Славянскій. Частн. патол. и терап. женск. б. 1888.
73. Schauta. Lehrbuch d. gesammten Gynäkologie. 1896.
74. Lehr. Zur Aetiologie d. Uterusprolapses. Diss. Berlin. 1893.
75. Winkel. Lhrb. der Frauenkrankh. 1890.
76. Ott. l. c. ad. 36, стр. 129.
77. Theilhaber, l. c.
78. Schultze, l. c.
79. Kehrer. Berliner klin. Wochenschr. 1893, Heft 37.
80. Zweifel. Vorlesungen der Gynäk. 1892. S. 387 und ff.
81. Fehling. Lhrb. der Frauenkrankh. 1893.
82. Matthew Duncan. On the displacement of the uterus 1854.

83. Rouget. Цит. по Martin: Die Neigungen und Beugungen der Gebärmutter 1866,
84. Richet. Traité pratique d'anatomie med.-chirurg. Paris, 1880.
85. Luschka. Die Anatomie des Menschen. II Bd. 2 Abth.
86. E. Martin. Neigungen und Beugungen d. Gebärmutter. 1866,
87. Mackenrodt. Über die Ursachen der normalen und patholog. Lage des Uterus. Arch. f. Gyn. Bd. XLVIII.
88. Rainey. Edinbourgh. Journal. Oct. 1851.
89. Spiegelberg. Monatsschr. f. Geburtsk. 1864. Heft 1.
90. Грамматикати. Основы къ изученію акушерства и женск. бол. 1893.
91. Boivin. Цит. по E. Martin'y. Cf. 86.
92. Malgaigne. Цит. по Küstner'y изъ Veit's Handbuch.
93. Henry Savage. On the femal pelvic organs. London. 1863.
94. Ziegenspeck. Arch. f. Gyn. XXXI. S. 1—51.
95. Rosthorn. Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Handb. d. inner. Medicin v. Nothnagel.
96. Kocks. Die norm. und path. Lage und Gestalt d. Uterus. 1880.
97. Freund. Das Bindegewebe im weibl. Becken etc. Gyn. Kl. 1885.
98. Waldeyer, B. Lhrb. der topogr. Anatomie. Theil II. 1898.
99. Губаревъ. Журн. Ак. и Гин. Апрель 1896.
100. Rosthorn. Veit's Handb. d. Gynäkologie.
101. Ziegenspeck. Arch. f. Gyn. XXXI, S. 1—54.
102. Mackenrodt. l. c. 87,
103. Goubareff et Snegireff. Anatomie topographique des ligaments larges. Congrès intern. de Gyn. Bruxzelles. 1892.
104. Waldeyer, B. l. c. 98.
105. Nagel. Arch. f. Gyn. Bd. XLI S. 244.
106. Губаревъ. Журн. Ак. и Гин. Апрель 1896.
107. Budge, J. Über die Functionen d. levator ani etc. Berlin. klin. Wochenschr. 1875.
108. Ziegenspeck. l. c. 101.
109. Pincus. Über Constipatio etc. Arch. f. Gyn. Bd. XIII.
110. Lesshaft. Über die Muskeln und Fascien der Dammgegend beim Weibe. Morph. Jahrb Bd. IX.
111. Kleinwächter. l. c. 54.
112. Nagel, l. c. 105.
113. Mackenrodt. l. c. 87.
114. Arx. l. c. 59.
115. Goubareff. l. c. 106.
116. Schauta. l. c. 73.

117. Prochownik. Цит. по Lehr'y. Cf. 74.
118. Рачинскій. Массажъ и гимнастика при ж. бол. 1895.
119. Kocks. Über die künstliche Verkürzung der lig. cardinalia etc. Cntrlbl. f. Gyn. 1896.
120. Westermarck. Über Prolapsoperationen in Schweden Cntrlbl. f. Gyn. 1898.
121. Frommel. Über operative Behandlung der retroflexio uteri. Cntrlbl. f. Gyn. 1890
122. Freund. Arch. f. Gyn. Bd. XXXVI. S. 519.
123. Schücking. Über vaginale Fixation bei Retroflexio und Prolaps. Cntrlbl. f. Gyn. 1890.
124. Köberlé. Retrov. de la matrice irréductible. Bulletin de la société de chirurgie. 1877. p. 64.
125. Ohlshausen. Über ventrale Operat. bei Prolaps etc. Cntrlbl. f. Gyn. 1886.
126. Ter-Mikalianz. Къ вопросу объ операци „Hysteropexia abdominalis ant. intraperit.“ Дие. Казань, 1892.
127. Müller. Arch. f. Gyn. Bd. XXXVI., S. 547.
128. Leopold. Cntrlbl. f. Gyn. 1888. S. 160.
129. Czerny. Beitrag zur klin. Chirurgie. 1888—89. IV. S. 230.
130. Howard A. Kelly. Hysterorrhaphy. The John Hopkin's Hospital Bull 1890.
131. John Philipps. The Lancet. № XVI, vol. II. p. 760.
132. F. Terrier. Revue de Chirurgie. 1889. № 3.
133. Tuffier. Цит. по Dumoret Laparohysteropexie contre le prolapsus uteri. 1889.
134. Lauwers. Revue médicale. 1889. № 2.
135. Pollailon. Bull. et mémoires de la société de chirurgie. Paris. 1889. p. 66,
136. Engstroem. Annales de Gyn. T. XXXVII.
137. Küstner. Цит. по Grünberg. Ein Beitrag zur Behandlung d. Prolaps. Diss. Dorpat. 1890.
138. Феноменовъ. Сто чревосъченій. (2-ая серия). Врачъ 1890. № 19.
139. Engelhardt. Zur chirurg. Behandlung d. Prolapses. Diss. Dorpat. 1893.
140. Теръ-Микалианцъ. l. c. 126.
141. Муратовъ. О пришиваніи матки къ передней брюшной стѣнкѣ etc. Мед. Обозр. 1893.
142. Rauhut. l. c. conf. 52.
143. Bion. Die Resultate der Ventrif. uteri. Bern. 1893.

144. Kleinwächter. Uterusverlagerungen. Operative Uterusfixation Berlin. 1899.
145. Boije. Ueber eine neue Methode der Ventrifixur. Mittheilungen aus der Gyn. Klinik Engstr. II, 1.
146. Czempin. Cntrlbl. f. Gyn. 1895. S. 482.
147. Assaky. Cntrlbl. f. Gyn. 1890. S. 163.
148. Küstner. 1) Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Leipzig. 1889—1890.  
2) Die Behandlung kompl. Retrofl. etc. V. kl. Vort. VI. № 9.  
3) Ventrifixatio uteri. St. Petersburg. med. W. 1890. № 15.
149. Lion. Diss. Breslau. 1896.
150. Abel. Ueber Bauchnaht u. Bauchnarbenbrüche. Arch. f. Gyn. XLI.
151. Winkel. Handbuch der Frauenkrankheiten. 1890.
152. Scanzoni
153. Ed. Martin
154. Verdier
155. Heftler
156. Küstner.
157. Ohlshausen.
158. Ohlshausen.
159. Engström. См. Boije l. c. 145.
160. Kötschau. Cntrlbl. f. Gyn. 1899. Referat über die Verhandlung der Naturforscherversammlung zu München.
161. Rauhut, l. c. conf. 52.
162. Humpf, l. c. conf. 8.
163. Engelhardt, l. c. conf. 139.
164. Муратовъ, l. c. conf. 141.
165. Bion. Resultate der Ventrifixur etc. Dissert. Bern, 1893.
166. Löhlein. D. med. W. 1894, S. 242.
167. Asch, l. c. conf. 6.
168. Meinert l. c. conf. 9.
169. Kaltenbach l. c. conf. 61.
170. Herff. Cntrlbl. f. Gyn. 1899. Verhandlungen der Naturforscherversammlung zu München.
171. Schmidt. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 1899.
172. Werth. См. Lanz, Arch. f. Gyn. Bd. XLII.
173. Kötschau, l. c. conf. 160.
174. Муратовъ. О некоторых осложненияхъ послѣ операций укороченія круглыхъ маточныхъ связокъ и т. д. Русск. Арх. Патологии, Клин. Медицины и Бактеріологии. 1899, XI и XII.

175. Ohlshausen.
176. Zweifel.
177. Chaput. Révue Obstétr. et Gyn. 1892, p. 177.
178. Cusching. Frommel's Jahresbericht 1894, S. 78.
179. Warde. Del'intervention chirurgicale etc. Thèse de Paris. 1893.
180. Engström. Цит. по Boije, conf. 145.
181. Теръ-Микаліанцъ, l. c. conf. 126.
182. Boije, l. c. conf. 145.
183. Graser. Die erste Verklebung der serösen Häute. Congress f. Chir. XXIV. 1895.
184. Idem. Untersuchungen über die feineren Vorgänge bei der Verwachsung peritonealer Blätter. Deutsche Zschr. f. Chir. Bd. 27. S. 533.
185. Brautlecht, l. c. conf. 20.
186. Холмогоровъ. Выпадение матки и влагалища у нерожавшихъ. Врачъ, 1895.
187. Abel. Ueber Bauchnaht und Bauchnahtbrüche. Archiv f. Gyn. Bd. LVI.
188. Poppert. Ueber Seidenfadeneiterung etc. D. med. W. 1897. S. 787.
189. Рачинскій. Журн. Акушерства и Женск. Бол. Октябрь 1897.
190. Winter. Verhandl. des VI gyn. Congr. S. 577.
191. Abel, l. c. conf. 187.
192. Miländer. Zschrift f. Geburtsh. Bd. XXXIII, S. 464.
193. Gräfe. M. f. Geburtsh. 1899, Heft VII.
194. Schütte. M. f. Geburtsh. 1899, Heft VIII.

## Положенія.

---

Арнольдъ Августовичъ Христіани, получивъ аттестатъ зрѣлости въ 1885 г. въ Екатерининской гимназій въ С.-Петербургѣ, въ августѣ того-же года поступилъ на медицинскій факультетъ Юрьевскаго Университета. Курсъ медицинскихъ наукъ окончилъ и экзамены на степень д-ра медицины сдалъ въ маѣ 1893 года. Съ осени 1893 г. до сентября 1894 г. состоялъ ассистентомъ Юрьевской Университетской Гинекологической Клиники, послѣ чего до весны 1895 года работалъ въ качествѣ сверхштатнаго ассистента въ Breslau'ской Университетской Клиникѣ; затѣмъ до осени 1898 г. занимался врачебной практикой въ Гельметѣ (Helmet); далѣе, до мая 1899 г. снова работалъ въ Breslau'ской Клиникѣ; въ настоящее время занимается врачебной практикой въ г. Либавѣ. Настоящую работу представляетъ въ качествѣ диссертациі на степень доктора медицины.

---

1. Эклампсія не должна считаться инфекціонной болѣзнью.
  2. Боли при выпаденіи женскихъ половыхъ органовъ въ большинствѣ случаевъ вызываются измѣненіемъ положенія матки.
  3. Полная экстирпація матки при выпаденіи ея должна ограничиваться лишь случаями неврапимаго выпаденія.
  4. Справедливость мнѣнія, что молоко матери, не страдающей какими-либо органическими расстройствами, всегда хорошо переносится ея ребенкомъ, не доказана.
  5. При изслѣдованіи болѣзней женскихъ половыхъ органовъ на общее состояніе паціентокъ слѣдуетъ обращать больше вниманія, чѣмъ это обыкновенно дѣлается.
  6. Образование брюшной грыжи послѣ операціи ventrifixati'i матки зависитъ въ значительной мѣрѣ отъ техники наложенія шва на брюшную стѣнку.
  7. Вторичное введеніе Liebig'овскаго солодоваго отвара въ діететику дѣтскаго питанія, сдѣланное Czerny, представляетъ несомнѣнный шагъ впередъ.
  8. Въ лѣченіи желудочныхъ и кишечныхъ расстройствъ у дѣтей слѣдовало бы примѣнять обильное выполаскиваніе желудка и кишекъ.
-

# О п е ч а т к и.

Стран.	Строка.	Напечатано.	Должно быть
8	9 сверху	70 %	30 %
8	3 снизу	Gareiner	Gmeiner
12	2 сверху	валина	валика
12	14 снизу	метотовъ	методовъ
14	3 сверху	случевъ	случаевъ
15	15 снизу	shmphisis	symphisis
25	16 "	1-хъ до 7-хъ	1-хъ или 2-хъ
28	2 сверху	1897	1892
31	9 "	Но	На
33	8 "	15	16
34	2 "	88	68
52	14 снизу	Retro-	Recto-
53	5 "	№ 93	№ 94
69	9 "	№ 72	№ 672
89	15 "	четыре	два
90	10 сверху	№ 77	№ 78.
95	Табл. 3, рубр. 3	№ 5	№ 4
95	" " " 4	№ 4	№ 3
96	6 сверху	слова	снова
97	17 "	83 %	82 %
106	21 "	№ 5	№ 4
107	10 "	5	4
107	23 "	№ 65	№ 63
107	24 "	69, 70, 73, 84	70, 72, 83
110	7 "	№ 76	№ 67
110	12 снизу	Rappert	Poppert
112	3 сверху	№№ 9, 53,	№№ 9, 29, 53.
112	4 "	56.	54.
112	13 снизу	результатовъ	хорошихъ результатовъ

На стр. 93 пропущено примѣчаніе:

\*) Въ дальнѣйшемъ изложеніи я не принимаю въ разсчетъ 4 случ. vaginaefixati'i и 2 случ. операци Alexander-Adams'a, какъ не представляющіе особаго интереса, и ограничиваюсь только 105 случаями ventrifixati'i.